

UNIVERZITA PARDUBICE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Dana Hendrychová

Univerzita Pardubice

Filozofická fakulta

Stigmatizace duševně nemocných

Dana Hendrychová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Dana Hendrychová
Osobní číslo: H12338
Studijní program: B6703 Sociologie
Studijní obor: Sociální antropologie
Název tématu: Stigmatizace duševně nemocných
Zadávací katedra: Katedra sociálních věd

Zásady pro vypracování:

Student se ve své práci zaměří na problematiku duševního onemocnění. Věnovat se bude především otázce stigmatizace lidí s nálepkou duševně nemocný. Student bude pracovat s teoriemi diskriminace - otázka stereotypů, předsudků a stigmatizace. Bakalářská práce bude vycházet z výsledků kvalitativního výzkumu, který student bude realizovat mezi osobami s duševním onemocněním a lidmi, kteří s nimi spolupracují. Výzkum bude zaměřen především na otázku, jak na problematku stigmatizace nahlíží lidé s duševním onemocněním a rovněž osoby, které jim pomáhají. Hlavní výzkumnou metodou bude polostrukturovaný rozhovor. Při výběru informátorů je doporučena metoda sněhové koule.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

ALLPORT, G. W. O povaze předsudků. Praha: Prostor 2004.

FOUCAULT, M. Dějiny šílenství v době Osvícenství- hledání historických kořenů pojmu duševní choroby. Praha: Lidové noviny 1994.

GOFFMAN, E. Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství 2003.

KOLÁŘOVÁ, J. ed. Jinakost-postižení-kritika. Společenské konstrukce nezpůsobilosti a hendikepu. Antologie textů z oboru disability studies. Praha: Slon 2012.

MURPHY, R.F. Umlčené tělo. Praha: Slon 2001.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Tomáš Retka**
Katedra sociálních věd

Datum zadání bakalářské práce: **30. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. března 2015**



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.
děkan

L.S.

 **Univerzita Pardubice**
Fakulta filozofická
532 10 Pardubice, Studentská 84



PhDr. Michal Tošner, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. dubna 2014

Prohlašuji že:

tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Holicích dne 30. 3. 2015

Dana Hendrychová

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat svému vedoucímu práce, Mgr. Tomáši Retkovi, za pomoc, užitečné rady a tipy.

Neméně děkuji svým informantům za důvěru a poskytnuté informace, protože bez nich by tato práce nevznikla. V neposlední řadě děkuji svojí rodině za cennou pomoc a podporu.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou duševního onemocnění. Věnuje se především otázce stigmatizace lidí s nálepkou duševně nemocný. Tato práce pracuje s teoriemi diskriminace, stereotypu, předsudků a stigmatizace. Má práce vychází z výsledků kvalitativního výzkumu, který jsem realizovala mezi osobami s duševním onemocněním. Výzkum byl zaměřen především na otázku Jak na problematiku stigmatizace nahlíží samotní lidé s duševním onemocněním. Hlavní výzkumnou metodou byl polostrukturovaný rozhovor a zčásti také metoda pozorování. Nedílnou součástí práce jsou také mé vlastní zážitky a postřehy mé rodiny a přátel.

KLÍČOVÁ SLOVA: duševní nemoc, stigma, předsudek, deprese, schizofrenie, bipolární porucha

TITLE

Stigmatization of people with mental illnesses

ANNOTATION

This thesis deals with the issues of mental illness. The paper focuses firstly on an issue of stigmatization of people with label mentally ill person. This thesis works with theories of discrimination, stereotypes, prejudices and stigmatization. My work is based on the results of qualitative research, which was carried out among persons with mental illness. The research was focused primarily on the question: How people with mental disorder perceive themselves the problems of stigmatization. The main research method was semi-structured interview and partly observation. An integral part of my work is also my own experiences and observations of my family and friends.

KEY WORDS

mental illness, stigma, preoccupation, depression, schizophrenia, bipolar disorder

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 Zkratky a vysvětlivky	11
2 Metodologie.....	12
2.1 Vstup do terénu a navazování kontaktu s informanty	12
2.2 Informanté podle diagnózy	13
2.3 Rozhovory.....	18
2.4 Pozorování	19
2.5 Grafická úprava práce	19
2.6 Etická rizika a sebereflexe	20
2.7 Výzkumné otázky	21
3 Stigmatizace a stigma	23
4 Historie duševních nemocí.....	29
4.1 Internace.....	29
4.2 Duševní nemoc a víra.....	30
5 Definice nemocí.....	33
5.1 DEPRESE - depresivní onemocnění F33.....	34
5.1.2 Příčiny deprese.....	37
5.1.3 Dopady a projevy deprese.....	40
5.2 SCHIZOFRENIE	41
5.2.2 Příčiny schizofrenie	42
5.2.3 Dopady a projevy schizofrenie	43
5.3 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA (dříve známá jako.....	47
Maniodepresivní psychóza) F31 (BAP).....	47
5.3.1 Příčiny bipolární poruchy (BAP)	49
5.2.2 Dopady a projevy BAP	50
5.3.3 BAP a kreativita	50

6	Předsudky.....	53
7	Dopady a projevy duševní nemoci.....	56
7.1	Před nemocí a po ní.....	56
7.2	Nižší odolnost	59
7.3	Povolání, kariéra	60
7.4	Změna ekonomické situace.....	61
7.5	Změna sociálního života	64
7.6	Zvýšená potřeba pomoci	70
8	Změna statusu jedince.....	73
9	Přizpůsobení podmínek aktuálnímu stavu	77
10	Jak to chodí na psychiatrii aneb moje vzpomínky na léčebny	80
11	Prevence a následná pomoc	85
12	Změny a zlepšení situace?.....	88
12.1	Organizace pomáhající DN v ČR.....	89
12.2	Pomoc na internetu	90
12.3	Tištěné časopisy	91
12.4	Televize	92
13	Interpretace výzkumu.....	93
13.1	Interpretace dat v kontextu výzkumných otázek.....	93
13.2	Další poznatky plynoucí z výzkumu	97
14	Doporučení pro zlepšení situace v budoucnu a možná další témata výzkumu	100
15	ZÁVĚR	105
16	Použité zdroje.....	107
17	Seznam příloh	112

ÚVOD

Duševními nemocemi trpí mnoho lidí, ale je to něco, o čem se nemluví. Já vnímám duševní nemoc jako stigma, protože to zažívám sama na sobě již 9 let. Cíleně jsem do velké míry použila své zážitky, reflexi a zkušenosti. V této práci jsem se zaměřila především na **lidí, kteří mají s duševní nemocí zkušenosti - pacienty, lékaře, sociální pracovníky, rodinu**. Chci nechat nahlédnout čtenáře do skutečných pocitů a zkušeností těchto lidí v rámci možnosti této práce. Ve své práci jsem si kladla tyto hlavní výzkumné otázky: *Jsou duševní nemoci stigmatizující, a pokud ano, jak se to projevuje? Mění se během času nějakým způsobem přijetí nemoci jedincem a jeho rodinou? Jak vidí lidé s duševním onemocněním možnosti změny negativního obrazu duševně nemocných?* Tyto hlavní otázky jsem ještě rozvíjela dalšími podotázkami.

Vybrala jsem si 3 diagnózy - depresi, schizofrenii a bipolární poruchu, protože ty jsou hojně rozšířené. Při rozhovorech jsem využila své kontakty, získané v důsledku své nemoci.

Díky mým zkušenostem a částečně sdílenému prožitku, mi mí informanté poskytli informace, které se např. „nezasvěcený“ člověk nedozví a nemusel by to pochopit (sami mi potvrdili, že jinému člověku by to nesdělili). Měli ke mně větší důvěru a dozvěděla jsem se víc. Samozřejmě jsem bojovala s pocitu zneužití přátelských kontaktů a neštěstí druhého. O tomto jevu se zmiňuji více v sebereflexi.

Toto téma je eticky značně citlivé a musela jsem řešit mnoho otázek. Původně měla být tato práce nezveřejněná, abych ochránila nejvíce sebe a svoji rodinu. Pak by ale byla má snaha k ničemu, takže nakonec je má práce zcela přístupná ve všech částech. Jen některé informace z rozhovorů, které jsem shledala příliš osobními či by mohli uškodit nebo příliš specifikovat mé informanty, jsme se rozhodla vynechat.

Stejně jako Murphy ve své knize *Umlčené tělo* psal o svých zkušenostech, pokusím se o to i já. Tato práce vyžadovala odvalu, podporu a důvěru mnoha lidí, kteří mi ji poskytli. Velkou inspirací mi byla právě kniha *Umlčené tělo* od Murphyho, dále *Stigma* od Goffmana a *Střed se hroutí zevnitř* od Elyn R. Saksové.

Ve své práci neodděluji teoretickou a praktickou část, ale pokusila jsem se ji co nejlépe propojit. Vytvoření této práce, jejího obsahu, proto mě bylo velkou výzvou, se kterou jsem se poprala, jak nejlépe jsem uměla.

Na toto téma byly již některé práce napsány, ale vycházejí spíše z dotazníků popř. povrchnějších informací či jsou lokalizovány jen na jednu konkrétní oblast. Chybí zde niterný vhled samotných pacientů a lidí, kteří jim pomáhají. Já jsem se snažila, alespoň částečně, tuto „mezeru“ vyplnit.

Tato práce je o lidech, kteří duševní nemocí trpí i těch, kteří jim pomáhají (ať už osobně nebo aktivitami). Je o předsudcích, stigmatu, problémech spojených s životem duševně nemocného jedince.

Popisuji zde možné příčiny propuknutí nemoci, dopady na život, dále také organizace a aktivity, které působí protistigmaticky. Uvádím v krátkosti některé důležité informace o svých informantech, jejich osud a seznámení s nimi.

Jako zlatou niť proplétám touto prací své vlastní prožitky s nemocí a myšlenky rozvíjející toto téma.

1 Zkratky a vysvětlivky

Jelikož v textu užívám některé zkratky, uvádím zde jejich souhrn a vysvětlení.

AD - antidepresiva, obecně používaná zkratka

BAP - Bipolární afektivní porucha

D. - zkratka mého jména na začátku otázek pro informanty

DN - duševní nemoc, duševně nemocný

DO - duševní onemocnění

ID - invalidní důchod

Organizace - je zástupný výraz pro jednu konkrétní organizaci, která pracuje s klienty s duševním onemocněním a s jejímiž informanty jsem dělala rozhovory

p.O., p.H. - zkratky jmen informantů

SDN - Stigmatizace duševně nemocných

Některá jména či názvy jsou změněny nebo zkráceny, aby nebylo možné je rozpoznat. Je to z důvodu zachování anonymity mých informantů.

2 Metodologie

Hlavní metodou byly polostrukturované rozhovory především s mými **přáteli**, které jsem **znala z nemocnice**. Dále jsem informanty získala z řad svých **známých**: sociální pracovnice, jejíž klientkou jsem byla, mých psychiatrů a také pomocí motivačního dopisu a kontaktních lístečků. Chtěla jsem od každé diagnózy alespoň 3 informanty, abych jejich výpovědi a zkušenosti mohla nějak porovnat. Také jsem provedla dva neformální rozhovory s ženou, která pracovala 13 let v chráněné dílně. Otázky jsem měla předem připravené.

Ze začátku jsem si psala ručně do sešitu takový deník, kde jsem popisovala pocity před rozhovorem a po něm. Později jsem od toho upustila, protože jsem si to zapisovala již do počítače.

Kontaktovala jsem s prosbou o rozhovory také potencionální informanty přes internetové stránky lidí sdružujících se do svépomocných skupin na www.bap.cz a www.deprese.cz. Některé lidi přes Facebook (Jiří Láška ¹ a mí přátelé).

Může mi být vytknuto, že na základě nízkého počtu informantů generalizuji, ale dovolila jsem si to díky prostudování velkého množství literatury, delším rozhovorům a svým zkušenostem z léčeben, kde jsem se s mnoha pacienty setkávala.

Některé moje závěry mohou znít jako vytržené z kontextu. To může být dáno tím, že používám jen výseky z rozhovorů.

I když rozhovory neprobíhaly zcela podle mého původního záměru, což je ovšem v antropologickém výzkumu běžné, jsem ráda, že se mi podařily alespoň některé.

2.1 Vstup do terénu a navazování kontaktu s informanty

Mým terénem je oblast duševních nemocí. Tento terén je mi velmi důvěrně známý již 9 let, protože se v něm pohybuji denně a to kvůli své diagnóze Bipolární porucha (BAP). Díky známosti tématu a kontaktům na informanty pro mě nebyl terén zcela novým místem. Více jsem

¹ Jiří Láška je nejznámějším mediálním schizofrenikem, který píše o sobě a svých pocitech na internetu. Má vlastní stránky <http://www.jirilaska.cz/> a vysílá na Streamu. Na své „zdi“ na Facebooku se vyjadřuje k aktuálnímu dění, zejména v souvislosti se schizofrenikou.

se ještě do této oblasti ponořila při čtení literatury, a to jak odborné, tak životopisné. Bylo to pro mě obohacující. Zajímavé také bylo slyšet vzpomínky mé sestry a manžela, protože jsme o tom nikdy tímto způsobem nemluvili.

Po přečtení literatury a jasném rozhodnutí zabývat se tímto tématem, jsem začala kontaktovat případné informanty (přes známé, emailem, na Facebooku, telefonicky, osobně, výzvou v motivačním dopise). Nechala jsem si na psaní této práce zhruba 1 rok a to proto, abych měla dostatek času na případné nezdary v kontaktování informantů a jejich nízkému počtu.

2.2 Informanté podle diagnózy

Informanty dělím podle diagnózy kvůli přehlednosti.

Informanty z okruhu známých - jsem oslovila s prosbou o to, zda neznají případné informanty s bipolární poruchou, protože ty jsem neměla. Jeden známý mi přislíbil zeptat se dvou kamarádek a to opakovaně. Obě ovšem odmítly s tím, že nechtějí být objektem výzkumu. Bylo mi to líto, ale musela jsem akceptovat svobodné rozhodnutí každého jedince.

Pacienti (mí přátelé) - s nimi jsem počítala již od začátku. Zeptala jsem se jich, zda by mi rozhovor poskytli a nikdo s tím neměl problém.

Schizofrenie - nejvíce jsem měla obavy o rozhovor s mojí dlouholetou kamarádkou se schizofrenií. Ačkoli má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii, ta je potlačena léky a má už „jen“ často deprese nebo je hospitalizovaná několikrát do roka či nemá náladu, proto jsem ji s prosbou o rozhovor kontaktovala jako první. Díky tomu, že bydlí s přítelem, kterého také dlouho znám a který se léčí se stejnou diagnózou, měla jsem najednou informanty dva. Rozhovor s nimi byl ale pro mě nejtěžší, protože mi to přišlo „nejdivnější“ a nejnepříjemnější, že využívám své přátele. Bylo to pro mě ale cenné. Oba mi zdůraznili, že s někým jiným by tímto způsobem nehovořili.

Dalším informantem byl pan P., kterého jsem poznala díky jeho matce. Tu jsem poznala na setkání svépomocné skupiny, kam mě vzala moje matka, která sem již léta dochází. Pan P., s nímž jsem se setkala v souvislosti s rozhovorem v kavárně v nákupním centru, byl moc milý a ochotný.

Deprese - zde jsem udělala rozhovory s mými dvěma známými, se kterými jsem se seznámila při poslední hospitalizaci před necelými třemi lety. Také používám výpovědi z písemných odpovědí informantů na přiložené otázky, které vyplnili a odevzdali přes svou spolupracovnici mému známému, který je poté odevzdal v obálce mně. O depresi píšu také ze své vlastní perspektivy. Čerpám z vlastních zkušeností.

Bipolární porucha (BAP) - z hledání těchto informantů jsem byla nejzoufalejší. Ačkoli jsem rozdala motivační dopisy a kontaktní lístečky dvěma psychiatrům a pracovníkovi Organizace, ptala se všech svých přátel, nikoho jsem nemohla nalézt. Nakonec jsem dostala kontakt přes peer konzultanta na jednu ženu. Druhým mým informantem z této kategorie byl muž, kterým mi odpovídal přes email. Poslala jsem mu základní otázky a poté ještě rozšiřující. Doptala (spíše „dopsala“) jsem se ještě jednou na relevantní informace. Zachránil mi vlastně moji práci.

Další „informantkou“ jsem byla já a to formou svých postřehů a vzpomínek.

Rodinní příslušníci - nějak jsem tušila, že tuto kategorii nenajdu. Podařilo se mi to částečně v hromadné formě při setkání svépomocné skupiny. Zde jsem mluvila se šesti rodiči. Jejich informace a zážitky byly velmi zajímavé a přínosné. Něco z jejich vyprávění jsem využila, ale některé informace ne, protože byly příliš osobní a bolestné. Využívám jejich výpovědi hodně v kapitole Dopady a Doporučení.

„Pravými“ informanty z této skupiny byla moje sestra a manžel. Moc jsem stála o to udělat rozhovor s mými rodiči, ale oba to nakonec odmítli, protože je to pro ně i po letech moc traumatické. Stejně jako členové jiných stigmatizovaných skupin, nejsou příliš nakloněni vyprávění o sobě a svých blízkých.

Informanty, s nimiž jsem se seznámila až při rozhovoru, jsem získala díky prosbám o poskytnutí rozhovoru v tištěné verzi (viz příloha motivační dopis). Jednoho informanta s bipolární poruchou přes pracovníka Organizace pracující s lidmi s duševními onemocněními a jednoho díky prosbě o rozhovor na www.bap.cz.

Lékaři - udělala jsem rozhovory s jedním psychiatrem a jednou psychiatrickou. Oba byli mými ošetřujícími lékaři.

Také se sociálně-zdravotní pracovníci (sestrou psychiatricky, se kterou se znám mnoho let). Několik neformálních rozhovorů ještě se ženou, která pracovala mnoho let v chráněné dílně.

Sociální pracovníci - jedna informantka je mou kamarádkou a já byla její zhruba roční klientkou v Organizaci starající se o duševně nemocné. Druhého informanta jsem oslovila na tip mého vedoucího práce. Tento informant je peer konzultantem a rovněž se sám léčil, takže se mi hodil do více kategorií.

Já - psát o tomto tématu mě napadlo už před třemi lety a cítila jsem to tak nějak jako **svou povinnost a vnitřní potřebu**. Původně jsem chtěla mít tuto práci jen neveřejnou, ale po poradě s mou bývalou sociální pracovnící, mými rodiči, manželem, rodinou a lékaři jsme zhodnotili, že to můžu zveřejnit, že by mi to nemělo uškodit a bylo by to pro mě do značné míry přínosné. Někdy se mi o mých zážitcích nebo podobném tématu zdály sny, nebylo to poprvé, takže jsem to přešla.

Celkem bylo mými informanty 22 osob.

Nyní bych zde uvedla seznam informantů, jejichž výpovědi v této práci používám. V této části jsou o nich jen ty nejdůležitější informace. Tento seznam uvádím záměrně na začátku práce ve zkrácené verzi kvůli srozumitelnosti práce. Více se o informantech zmiňuji v příloze 5 na konci práce.

HLAVNÍ INFORMANTÉ

Deprese

paní O. - 70 let, léčí se necelé **3 roky** s depresí. SŠ. Již delší dobu je ve starobním důchodu. Rozvedená. Bydlí sama v garsonce na sídlišti. Známe se z léčebny (3 roky).

paní J. - 36 let, léčí se **17 let** s periodickou depresivní poruchou. Vdaná, 1 dítě. SŠ. Pracuje na 6 hod na úřadě. Pětkrát hospitalizována. Nemá ID, ale pokud se její stav zhorší, je doma na „nemocenské“. Moje kamarádka. Známe se z léčebny (3 roky).

Žena 1. (odpovídala anonymně písemně) - 44 let, léčí se **15 let** s periodickou depresivní poruchou. SŠ s maturitou. 2 dospělé děti, žije s přítelem. Živí se uklízením. Nikdy nebyla v nemocnici. Osobně ji neznám.

Schizofrenie

paní M. - 40 let, paranoidní schizofrenie, léčí se **10 let**. Dlouhou dobu na ID. Rozvedená bezdětná, žije s přítelem, který má stejnou diagnózu. Mnohokrát hospitalizována. Občas pracuje v zaměstnání upraveném pro DN. Záleží to na její aktuální zdravotní situaci. Známe se 9 let.

pan H. - 51 let, paranoidní schizofrenie, léčí se **22 let**. Rozvedený, jedno dítě. Několikrát hospitalizován. Má vystudovanou VŠ technického zaměření. Po nějakou dobu pracoval v normální práci, po vypuknutí nemoci pracuje jen příležitostně na pár hodin. Rozvedený. Žije s mou informantkou paní M. a v tomto roce se vezmou. Známe se zhruba 5 let.

Pan P. - 45 let, paranoidní schizofrenie, léčí se **15 let**. Pracuje v chráněném prostředí pro osoby s DO. Díky péči rodičů nebyl nikdy hospitalizován. Partnerku nemá, žije s rodiči. Poznali jsme se osobně při rozhovoru.

Matka 1 – matka pana P., dlouholetá členka svépomocné organizace rodičů a aktivistka ve věci zlepšení podmínek a situace DN. Seznámily jsme se při skupinovém rozhovoru a od té doby jsme se několikrát potkaly.

Matka 2 a Matka 3 - matky synů se schizofrenií.

Otec – otec syna se schizofrenií.

Muž 1. (odpovídal anonymně písemně) - 32 let, léčí se **7 let**, paranoidní schizofrenie. Základní vzdělání, ID.

Žena 2. (odpovídala anonymně písemně) - 46 let, léčí se **28 let**, smíšená schizoafektivní porucha. Vzdělání Dis., ID.

Bipolární porucha (BAP)

paní H. - 36 let, léčí se **12 let**. Má výuční list. Žije sama se synem. Její další děti, dvojčata, má v soudní péči její bývalý partner. Má ID, dochází do Organizace pomáhající DN (do jejího klubu). Má svoji sociální pracovníci. Čtyřikrát se pokusila o sebevraždu. Již delší dobu je v depresivní fázi. Poznaly jsme se při rozhovoru.

Pan M. (odpovídal emailem) - 49 let, léčí se **14 let**. Vysokoškolsky vzdělaný, pracuje jako energetický manažer, ženatý. O své nemoci cizím lidem neříká, ale komunikuje s pacienty se stejnou diagnózou. Poznali jsme se přes internet, kde jsem kontaktovala svépomocnou skupinu pacientů s BAP.

BAP - mí rodinní příslušníci

Moje sestra – 42 let, je zdravá, vdaná, má 2 zdravé děti. Velmi mi pomáhá.

Můj manžel – zažil se mnou mou nemoc od začátku a zůstal se mnou. Jsme spolu téměř 10 let. Podporuje mě všemi možnými způsoby, nejvíce psychicky.

Lidé, kteří duševně nemocným pomáhají

sociální pracovnice paní L. - 30 let, vdaná, 1 dítě. Pracovala s klienty s DN 3,5 roku. Nyní je na mateřské dovolené. Známe se 3 roky - rok jsem byla její klientkou.

sociální pracovník a peer konzultant pan M. – věk zhruba 40 let, léčí se ambulantně mnoho let se schizofrenií. Dlouhou dobu je v remisi. Původně právník, nyní peer konzultant v Organizaci pracující s klienty s různými DO. Žije s rodiči, partnerku nemá. Pracuje na 6 hodin denně.

Psychiatřička Dr.H. - věk zhruba 40 let, v oboru pracuje 12 let. Původně pediatrička. Psychiatřička pro dospělé a v poslední době zejména dětská psychiatřička. 6 let jsem byla její ambulantní pacientkou. Seznámily jsme se v léčebně. Byla mojí nejlepší lékařkou.

psychiatr MUDr.X. - věk zhruba 45 let, psychiatrii se věnuje 20 let. Má dlouholetou praxi ve dvou městech. 2 roky mě ambulantně léčil.

Sociálně-zdravotní pracovnice, sociální pracovnice, sestra psychiatřičky Dr.H. Věk zhruba 36 let. Vdaná, 2 děti. V oboru pracuje 18 let. Známe se 9 let (ještě z léčebny).

2.3 Rozhovory

Rozhovory byly různě dlouhé, ale většinou trvaly v rozmezí 20 - 60 minut (výjimkou byl hromadný rozhovor se svépomocnou skupinou rodičů, který trval přes dvě hodiny).

Jednalo se o polostrukturované rozhovory na předem připravené otázky. Jejich pořadí se však mohlo měnit dle situace. Také jsem provedla skupinový rozhovor ve svépomocné skupině rodičů dospělých pacientů s duševní nemocí a několik neformálních rozhovorů se ženou, která pracovala v chráněné dílně.

Rozdíl byl v tom, zda jsem informanta viděla poprvé nebo šlo o mého známého. Přinesla jsem nějaký dárek (květinu, bonboniéru, svíček zdobený ubrouskovou technikou, které se věnuji) nebo zaplatila nápoj dle přání. Tyto dárky jako poděkování, jsem předala před samotným rozhovorem. Poté jsem vysvětlila, co píšu za práci a co je mých cílem. Zdůraznila jsem anonymitu a svou zkušenost v této oblasti (dopady na běžný život).

Většinou jsme hovořili na úvod obecně, zejména pokud se jednalo o mé přátele a pak jsme přistoupili k samotným předem připraveným otázkám. Pro obě strany to bylo asi divné, protože to byla pro nás nová role. Nikdo z informantů však neměl s otázkami problém ve smyslu, že by na ně nechtěli odpovídat. Velmi jsem obdivovala jejich pohotovost a spontaneitu. Já bych měla s odpověďmi na otázky, které bych předem neznala, větší problém. Zeptala jsem se také, jak se cítili před rozhovorem a po něm. Všichni řekli, že stejně, normálně. To mě překvapilo. Nejvíce emotivní byl rozhovor s mou sestrou, při kterém jsme se obě dojaly.

Na druhou stranu mí informanté z okruhu známých mluvili spíše o tom, čím žijí, takže to pro ně mohlo být i trochu terapeutické - mohli se vyprávět z toho, co je zlobí nebo trápí a předpokládali, že já tomu víc porozumím.

Většinu rozhovorů jsem díky ochotě svých informantů mohla nahrávat na diktafon, což mi ulehčilo jejich pozdější přepisování. Bohužel v této práci nemohou použít tolik částí z rozhovorů, kolik bych chtěla, ale jsou průběžně uvedeny alespoň ukázky z nich, které ilustrují konkrétní informace.

Otázky jsem měla formulované ve spisované češtině, ale většinou jsem sklouzla spolu s informanty k obecné češtině nebo se střídala spisovná verze a verze hovorová. Jelikož jsou přepisy doslovné, některá slova se tam opakují nebo jsou nedokončená. Chtěla jsem tak zachovat autenticitu a bezprostřednost výpovědi.

Ačkoli jsem měla většinu otázek předem připravenou, některé mě napadaly během hovoru a později jsem je zařadila k zodpovězení i pro další informanty (např. otázku na kvalitu života). Mnohdy se stalo, že informanté mluvili o něčem, co bylo mimo téma, které mě zajímalo. Nechala jsem je a pak je opět jemně navedla na to, o čem chci, abychom hovořili.

Bylo zajímavé nacházet rozdíly nebo shodné rysy mezi jejich zkušenostmi a mými a to i napříč diagnózami. To bylo pro mě přínosné a pro ně možná také ve smyslu sdílené zkušenosti a prožitku.

2.4 Pozorování

O pozorování se jsem již mluvila výše a zmiňuji se o něm podrobněji ještě v sebereflexi. Sledovala jsem tón hlasu, gesta, mimiku obličeje, snažila jsem se odhadnout změnu nálady, reakci na mé otázky, otevřenost apod.

2.5 Grafická úprava práce

Formální stránka textu

Odstavce používám v běžném textu, citacích, člancích, mém dalším rozboru. V názvech skupin informantů, rozhovorech a informacích o informantech jsem odstavce vynechala, aby se lépe rozlišilo, o jakou část práce jde a nenarušovalo to vzhled práce. Také zarovnávám do kraje ty části práce, zejména věty na jeden řádek, jejichž velké odsazení by narušilo vizuální podobu práce.

Vizuální odlišení textu

Jelikož se v mé práci mísí několik hledisek, musela jsem jednotlivé části a výpovědi kvůli lepší přehlednosti vizuálně a graficky odlišit. Písmem Times New Roman jsou vyjádřeny moje myšlenky či interpretace textu, kurzívou citace. Texty rozhovorů a výpovědí

informantů písmem Calibri. Moje zkušenosti a vzpomínky potom písmem Century Gothic. Vše ve velikosti písma 12.

2.6 Etická rizika a sebereflexe

Etická rizika v této oblasti jsou velká. Lidská psychika je velmi křehká a zážitky a zkušenosti mnohdy citlivé a bolestné. Řešila jsem, kde se s informanty setkat, že se musím „naladit“ na jejich stav v konkrétním čase. Taky samozřejmě udržet jejich identitu v anonymitě, a pokud mluvím o místech, tak psát tak, aby nebyly rozpoznatelné.

Pokud člověk píše o svých zkušenostech, zážitcích, spolupracuje s přáteli, je do tohoto tématu mnohem víc zainteresován než člověk, který s tím nemá nic společného. Během svého výzkumu a poté při psaní této práce, jsem musela konfrontovat své pocity, myšlenky a získané informace se stanoviskem antropoložky, přítelkyně, pacientky - to vše zároveň. Byla to pro mě nová zkušenost. Musím však říct, že to bylo i dost obohacující. Vzpomenout si a porovnat, jak to byla na počátku a jak je to nyní. Znovu si uvědomit to, co jiní nevnímají, že vše není samozřejmost.

Chtěla jsem v této práci nechat nahlédnout do nitra svého i svých informantů právě proto, aby bylo patrné, **s čím duševně nemocný bojuje a jak přemýšlí.**

Využila bych teď pro sebereflexi výborné postřehy z knihy *Etnografie: improvizace v teorii a terénní praxi* (Dvořáková 2013):

„...je tak stud a pocit nepatřičnosti téměř každodenní zkušeností interakce s druhými“ (Hajdáková in *Etnografie: improvizace v teorii a terénní praxi* 2013: 133).

Když jsem dělala rozhovory se svými přáteli a ještě je přítom pozorovala, jak se tváří, co dělají s rukama, zda se smějí apod., měla jsem z toho opravdu divný až nepříjemný pocit, že se na nich nějak proviňuji kvůli tomu, že já něco potřebuji a oni mi slouží jako nějaké pokusné zvíře.

„neohrabanost a nepohodlí jsou nevyhnutelnou součástí etnografického výzkumu“ (Hajdáková in *Etnografie: improvizace v teorii a terénní praxi* 2013: 138).

Kolikrát jsem si připadala při nahrávání a pokládání otázek jako nějaká „špatná novinářka“, která dělá rozhovory a neumí to. Chtěla jsem reagovat autenticky a napojit se

citově na informanta, ale kolikrát z toho vznikl slovní paskvil, což jsem při přepisech zjistila velmi citelně a měla jsem problém pochopit co kdo jak myslel. Také jsem chtěla něco přiblížit či povysvětlit a zamotala jsem se do toho.

„čtení svého vlastního textu cizíma očima, kde se vy sám stáváte vlastním žalobcem, podezřívavým a přísnějším než kdokoli jiný...“ (Klepl in Etnografie: improvizace v teorii a terénní praxi 2013: 210).

To je naprostá pravda, protože já jsem perfekcionistka a to mi dělá velké problémy. Není-li to tak, jaké bych chtěla mít, jsem pak na sebe rozzlobená. O to horší to je, pokud dělám něco, s čím nemám zkušenosti.

„Zkušenost cizího je základní zkušeností člověka“ (Pelcová 2000: 172).

Nevýhodou i výhodou sociálních věd je, že „přežvýkáme“ to, co už někdo vyzkoumal a napsal a přibalujeme další vrstvy, jako když „vyrábíte panenku z kukuřičného šustí“.

Výhodou ovšem je, že pokud jsou práce citlivě a niterně napsané, je to pro čtenáře jednak velmi zajímavé a obohacující, ale může to i změnit jeho pohled na věc. To považuji za jeden z největších přínosů sociální antropologie. Je velmi pravděpodobné, že moje osobní zkušenosti a náhled na téma duševních nemocí významným způsobem změnil obsah i charakter celé práce.

2.7 Výzkumné otázky

Ve své práci jsme si stanovila následující výzkumné otázky, pomocí nichž jsem se snažila dospět k odpovědím na to, co mě nejvíce zajímalo. K jejich detailnějšímu použití jsem přidala ještě podotázky. Seznam dílčích otázek uvádím v příloze 1 na konci práce.

- 1. Jsou duševní nemoci stigmatizující, a pokud ano, jak se to projevuje?*
- 2. Mění se během času nějakým způsobem přijetí nemoci jedincem a jeho rodinou?*
- 3. Jak vidí lidé s duševním onemocněním možnosti změny negativního obrazu duševně nemocných?*

Ad.1

Co se vám/ti vybaví, když se řekne Stigmatizace duševně nemocných (SDN)?

Myslíš/te si, že duševně nemocí (DN) jsou bráni jinak než tělesně handicapovaní a proč?

Ad 2.

Změnilo se nějak v průběhu času tvoje/vaše sebepřijetí a přijetí duševní nemoci tvou rodinou a přáteli?

Myslíš/te si, že ti/vám dala duševní nemoc i něco dobrého, nějak tě/vás obohatila?

Co si myslíš/te, že nejvíc pomáhá nebo naopak ztěžuje léčbu a život s duševní nemocí?

Co pro tebe/vás bylo nejtěžší při léčbě a je dodnes na tvou duševní nemocí?

Myslíš/te si, že život s duševní nemocí je kvalitní?

Ad 3.

Co podle tvého/vašeho názoru nejvíce zapříčiňuje negativní nahlížení na duševně nemocné?

Myslíš/te si, že je nějaký způsob jak zlepšit v očích veřejnosti obraz duševně nemocných?

3 Stigmatizace a stigma

Goffman definuje stigma jako: „*tělesné znaky určené k tomu, aby vyšlo najevo cosi neobvyklého a špatného o morálním statusu označovaného*“ (Goffman 2003: 9).

Z jeho definice vidíme, že se stigma vztahovalo především na viditelnou jinakost.

Velmi pěkně definuje stigma *Sociologický slovník* a to jako: „*Označení, kterým se nějaká skupina negativně odlišuje od platných standardů, především od psychické, fyzické nebo soc. normality, což ji ohrožuje v její soc. identitě a plném přijetí ze strany druhých*“ (2001: 239).

V *Akademickému slovníku cizích slov* najdeme několik definic stigmatu dle oboru. Mně se líbí tato: „*cejch, chorobný znak u člověka*“ (1995: 712). Podobnou definici vyslovila i moje informantka, psychiatrička Dr.H., viz níže.

Stigmatizace a stigma dle odborné literatury

Velmi se mi líbí, jak o stigmatu a stigmatizaci mluví Mahrová G., Venglářová M. a kol. v *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Myslím, že to výstižně ilustruje stávající situaci:

„Stigma souvisí se stereotypy a předsudky. Pomocí stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně. Duševní porucha patří mezi stigmata působící hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu. Stigmatizace může způsobit změny jak v prožívání, tak v chování stigmatizovaného. Díky negativnímu vnímání duševně nemocných často dochází ke stigmatizaci“ (Mahrová, Venglářová a kol. 2000: 126-132).

Mahrová, Venglářová a kol. (2000) hovoří o tom, že vlivem tohoto nahlížení a předsudků dochází k tzv. „*selfstigmatizaci, kdy se diagnostikovaný cítí jako méněcenný, má tendenci se podceňovat, má pocit, že se nehodí do okolního světa*“ (Mahrová, Venglářová a kol. 2000: 126-132).

Potvrzují to, co jsem také já zjistila ve svém výzkumu, že lidé s duševním onemocněním „*nemohou přirozeně volně budovat mezilidské vztahy, také může znehodnotit již dříve vybudované vazby*“ (tamtéž).

Můžu říct, že tento pocit stigmatu zažívám dnes a denně. Jiné matky chodí do práce, já namísto chození do práce studuji, a navíc v denním studiu. Nechodila jsem nikdy do práce, mám dost času a jsem pro ně jistě „divná“, taková anomálie. Pokud se pohybuji jen na poli svého studia, je mi to příjemné. Připadám si ale méněcenná, jakmile narazíme na téma práce. Často řeším to, zda pokud to někomu řeknu, jestli se na mě nezačne dívat jinak. Ztratila jsem některé své dřívější vazby a nemohla získat další např. právě v pracovním kolektivu.

Mimo to jsou také duševně nemocní omezováni nižšími financemi z důvodu rozdílu mezi výší běžného platu a invalidního důchodu. V souvislosti s tím a svou nemocí pak nemají takové možnosti trávit čas na veřejnosti. (Mahrová, Venglářová a kol. 2000: 126-132).

Podrobněji budu tato zjištění uvádět ve své práci později na základě výpovědi svých informantů. Moje zkušenosti jsou podobné.

Dále tyto autorky mluví o tom, že poté, co se jedinec dostane do kategorie duševně nemocného, je brán zejména jako soubor symptomů a okolí mu přisoudí novou roli. Je „onálepkován“ a buď se snaží této nálepce vyhnout, nebo jí své jednání podrobuje. (tamtéž)

Toto nálepkování také cítím jako problém. Jakmile přijdu k psychiatrovi na kontrolu a povím, jakou mám diagnózu, hned na mě nahlíží skrze „brýle klasickým symptomů bipolárky“. Když rychle mluvím, jsem upovídáná, říkám, co mám v plánu, tak mám mánii. To mě nesmírně rozčiluje.

„Stigmatizace duševně nemocných znamená, že je větší část společnosti vnímá jako víceméně homogenní skupinu, méněcennou, nebezpečnou“ (Mahrová, Venglářová a kol. 2000: 126-132).

Toto je jednoduché a velmi výstižné a obsahuje důležitá slova a to homogenní a nebezpečnou. Nyní to platí zejména o nahlížení na schizofreniky. Někteří lidé, kteří s touto nemocí nemají zkušenosti, mohou podléhat negativnímu obrazu z médií nebo veřejnosti.

Goffman (2003) mluví o tom, že dětem, které se již narodily s nějakou vadou, se rodiče snaží vytvořit jakousi ulitu, která je chrání. Později ale stejně dochází ke střetu

s realitou, když je člověk okolnostmi nucen vylézt ze své ulity. Já bych to uvedla na svém příkladu takto:

V době, kdy byly projevy mé nemoci silnější a byla jsem velmi náchylná na stres, což jsem dodnes, uzpůsobili jsme si doma podmínky k tomu, abych mohla fungovat co nejlépe. Jednalo se ze začátku zejména o pomoc rodiny se synem. Dodnes se to projevuje také tím, že musím více odpočívat, potřebuji co nejvíce klidu a ticha a dodržovat si svůj vlastní režim. Mám určitou hranici, dokdy snesu zátěž a musím poslouchat své tělo, které mi dává signály co dělat. Např. když přichází úzkost, tak vím, čím ji zahnat apod. Samozřejmě to nejde vždy, ale život mé rodiny i přátel je tomu bohužel podřízen. S projevem malého dítěte a péčí o ně to dohromady moc nejde, proto potřebuji pomoc. Taky si nemůžu odjet jen tak někam na dovolenou do jakéhokoli místa s kterýmikoli lidmi. Musím brát ohled na to, co mi dělá dobře a co ne. Není to sice vidět navenek, ale stejně jako u tělesně postižených se musí podmínky přizpůsobit i u duševně nemocných. U mě k tomu dochází tímto způsobem. Později uvedu podobnou zkušenost i u svých informantů. Při rozhovoru na tuto bakalářskou práci toto říká i má sestra.

„Budme rádi, že se to dostalo do tohohle stavu a budem doufat, že prostě máme radost, že ten život teďka těší po těch letech, kdy si byla zavřená v tý svý ulitě a nějak si nechtěla se hnout, bála si se udělat další krok, jakýkoli z místa, tak tohle je pro nás všechny obrovská radost.“

Goffmann mluví o existenci neviditelného nedostatku: „*např. bývalí pacienti psychiatrických léčeben nebo nastávající svobodní otcové se navzájem podobají v tom, že jejich nedostatek není lehce viditelný*“ (Goffman 2003: 61).

Tento vztah viditelnosti - neviditelnosti je značně ambivalentní. Na jednu stranu to není na první pohled patrné, ale na druhou stranu se lidé trpící např. depresí často setkávají s nedůvěrou a nedůtklivostí vůči vlastní osobě. Bývají povzbuzováni, aby se snažili, nebyli líní. Psychiatrická nemoc, pokud není v akutní fázi ataky, není často viditelná. Když máte zlomenou nohu, jste po operaci, je s vámi zacházeno jinak a berou se na vás ohledy, ale např. u deprese ne, protože to není zjevné. To je problém.

Já sama jsem toto ze začátku zažila v depresivní fázi nemoci. Snažila jsem se vše zvládnout vůli. Později jsme ale s rodiči vyhodnotili neúnosnost zvládnout to sami a vyhledali jsme odbornou pomoc. V léčebně však pacienti často vyprávěli právě o tom, že se s depresí léčí třeba 10 let a přesto jim rodina nevěří a berou je jako líné. Ono se to dá těžko pochopit, že se vám nechce vylézt z postele, vyčistit si zuby, nic dělat. Já jsem se vždycky o sebe starala co se make-upu či oblečení týče. V depresivní fázi mi to bylo jedno.

Přitom nemoc způsobuje nedostatek hormonu serotoninu a dopaminu, který musí být doplněn medikamenty a to podle diagnózy a aktuální fáze nemoci. U psychiatrických diagnóz je ale problém v tom, že není pacient jako pacient. Co zabírá na jednoho, na druhého nemusí. U mě např. trvalo vyhledání vhodných léků 3/4 roku.

Goffman uvádí že, „...loajální partner pacienta s duševní chorobou, rodič mrzáka, přítel slepce, dcera propuštěného trestance - ti všichni jsou nuceni nést jistou část hanby stigmatizovaného, s nímž jsou spřízněni“ (Goffman 2003: 41).

Toto je naprostá pravda. Jak se asi musel cítit můj nynější manžel, když za mnou jezdil pravidelně na návštěvy do psychiatrické léčebny nebo známí, kteří mě přišli navštívit. Museli překonat svůj vlastní odpor a opovržení vůči tomuto zařízení kvůli přátelství či lásce ke mně.

Nyní v souvislosti se stigmatem, nepochopením a depresí vyberou krátký výňatek z knihy *Putování s černým psem: život s depresí* ilustrující tuto situaci:

„Deprese byla dlouhá léta nemocí, která se krčí někde v koutku a tyje z nepochopení, strachu a studu. Teprve když o ní začneme mluvit a budeme ochotni naslouchat a dělit se o osobní zkušenosti, můžeme doufat, že se rozpoutá diskuse, která pomůže zbavit popisované stavy až mýtického zabarvení“ (2009: 15).

Tato kniha není známá, jelikož je překladem z angličtiny a navíc je tematicky zaměřena. Pokud si ale zadáte do nějakého internetového knihkupectví slovo deprese, může vám to „vyplivnout“ právě tuto knihu. Takto jsem na ni i jiné životopisné knihy o duševní nemoci narazila i já. Je skvělým zachycením výpovědi mnoha pacientů a jejich pohledu na depresi. Více z ní použiji v oddílu deprese.

Goffman říká že „*my normální vytváříme představy, at' již na objektivním základě či nikoli, ohledně sféry životní činnosti, z níž dané stigma svého nositele zejména vylučuje*“ (Goffman 2003: 63).

Já, když teď studuji a často v autobuse čtu zápisky, jsem okolím rozpoznatelná jako studentka. Pokud ovšem zmíním svůj věk a dítě, už je to divné. Pokud dojde k situaci, že přiznám to, že mám invalidní důchod a proč, jako by lidem „sklaplo“ a je na nich znát, že je jim to trapné. O tom, že studují i studenti s psychiatrickými diagnózami se nikde nemluví, takže je to nezvyklé. Je to složitější, obtížnější, ale často to za pomoci vhodné medikace jde.

Goffman mluví v souvislosti se stigmatem o předstírání. Když se nad tím zamyslím, tak to do určité míry také praktikuji, ale ne nijak prvoplánově. Mám na mysli mé čtení v autobuse či u lékaře.

„*Dá se předpokládat, že čím užší je spojení stigmatizovaného s normálními, tím více se bude sám vnímat nestigmaticky, ačkoli v některých kontextech tomu bude naopak*“ (Goffman 2003: 125).

Je to pravda. Já to cítím enormně. Ve škole mezi spolužáky si své stigma nijak neuvědomuji, ale když je člověk v léčebně nebo u psychiatra, tak je to něco zcela jiného.

Eriksen mluví o tomtéž jevu takto: „*Náleží-li člověk v nějaké situaci k minoritě, obvykle je součástí majority v situaci jiné. Otázkou je, nač se člověk rozhodne klást největší důraz, eventuálně nač klade největší důraz okolí*“ (Eriksen 2003: 153).

Ambivalentní vztah ke „své“ skupině, tedy zde duševně nemocným, pocituji v určitých situacích i já a hájím názory mě jako zkušené proti lidem, kteří tomu nerozumí a mají třeba předsudky. Na druhou stranu jsem ale ráda, když se to neví a já se s touto skupinou nemusím identifikovat.

„*Důvodem toho, proč je náhlá stigmatizace tak bolestná tedy nemusí nutně být zmatek jedince ohledně jeho identity, ale naopak to, že ví a až příliš dobře čím se stal. Normální a stigmatizovaná nejsou ani tak osoby jak spíše stanoviska*“ (Goffman 2003: 157).

Je to pravda, protože už nikdy nebudu „běžná matka nebo studentka nebo pacientka“. To, že mám nějakou oficiální diagnózu a léčím se, se se mnou povleče už jenom v tom smyslu, že musím nahlásit u jakéhokoli doktora, že beru psychiatrické léky.

Stigmatizace z pohledu informantů

V souvislosti se stigmatizací jsem svým informantům pokládala tuto otázku: *Co se vám/ti vybaví, když se řekne Stigmatizace duševně nemocných (SDN)?*

Pan J. (deprese): „Mně to přijde, že dřív se to bralo jako že když je někdo duševně nemocný, že to je blázen, ale teď se to zlepšilo vo hodně víc, protože těch nemocí je čím dál víc, víc těch lidí je nemocných, takže si myslím, že se to zlepšuje, ta stigmatizace nebo jak bych to řekla.“

Žena s depresí (Žena 1): „Postoj okolí k mému problému.“ (Písemná odpověď)

Žena se smíšenou schizoafektivní poruchou (Žena 2): „**Vyřazení** ze společnosti.“ (Písemná odpověď)

Manžel: „že budou nějak označený, označuje je společnost víceméně negativně.“

Moje sestra: „Nahlíží se na ně jako na **jinou kategorii nemocných lidí**, protože málo kdo zná pozadí té nemoci, takže lidi se jí tak jako bojejí. Nevědí jak ji uchopit, nevědí jak k těm lidem přistoupit, co od toho mají čekat.“

Pan M. (BAP): „Řekl bych, že se jedná o pohled „zdravé“ populace na duševně nemocné, který může být hodně distancovaný a u pacienta může vyvolávat nepříjemné pocity. Myslím, že je hodně zjednodušeno, že ten **kdo má psychickou poruchu, je prostě blázen**. O mé nemoci (BAP) mnoho lidí neví, ale u nikoho, komu jsem to řekl, jsem se nesešel s negativní reakcí.“

Dr.H. psychiatřička: „To je vlastně **znak, cejch**, jestli ten člověk má nějaký znamení a tak já si jako myslím, že někdo ten znak má a někdo nemá. Já si myslím, že každéj je nemá.“

Na základě výpovědí můžeme vidět, že jednotliví informanté k dané otázce přistupují různě. Více o faktorech, které toto vnímání ovlivňují, budu psát v dalších částech své práce.

4 Historie duševních nemocí

V této kapitole využiji informace zejména z knihy Foucaulta *Dějiny šílenství*. Také použiji zajímavé informace z článku *Duševní nemoc a víra*.

V době Osvícenství docházelo k vystavování bláznů. Rodiny se na ně mohli chodit dívat za určitý poplatek. V Německu existovaly tzv. „Narrtürmer“ tedy věže, kam byli zavírání blázni a lidé si je mohli prohlížet. Většinou však byli blázni odloučeni od veřejnosti (Foucault 1994: 58).

„Šílenci ve své nejzúřivější podobě jsou považováni za zvířata a je tak s nimi také nakládáno. Jsou nazí, leží na slámě“ (Foucault 1994: 64).

Toto je z dnešního pohledu opravdu hrozné. Musím říct, že jsem ráda, že žiji v dnešní době.

4.1 Internace

Z počátku nebyli duševně nemocní situováni odděleně. Zakládají se špitály a internační domy, kde se nejednalo o léčbu, ale internaci, zejména zpočátku ochranu před žebráky. Spolu s nimi byli často i vězni, žebráci, jinak nemocní apod.

„Dřív než internace nabyla léčebného smyslu, jaký má nebo jaký ji alespoň přičítáme dnes, sledovala něco zcela jiného než léčbu. Vynutil si ji imperativ práce“ (Foucault 1994: 43).

Jak jsem již uvedla, docházelo k mísení žebráků, nemocných, zločinců aj. skupin. Nejhorší status měli paradoxně právě duševně nemocní. Společná internace byla brána jako zneuctění ostatních. Někteří jedinci jako vévoda de la Rouchefoucauld-Liancourt měli naopak sociální cítění a snažili se o lidské zacházení. Chápali, že by měli být tito jedinci internováni a nejednalo se tehdy ještě o lékařský postup při jejich léčbě, ale mělo se s nimi zacházet mírně (Foucault 1994).

„Ze všech neštěstí, jež postihují lidstvo, je stav šílenství nicméně jedním z těch, které si žádají obzvláštního soucitu a úcty; péče o tento stav by proto měla být obzvláště obětavá; i když není naděje na vyléčení, zbývá ještě tolik jiných prostředků, jemnost, laskavost, dobré

zacházení, jež mohou těm nešťastníkům učinit život alespoň snesitelným“ (Foucault 1994: 165).

Lidé zde umístění musí pracovat a to vykonávat takovou práci, která je přínosná ostatním. Jednalo se tedy zčásti o předchůdce dnešní pracovní terapie, ale v tvrdším slova smyslu.

Jak víme, tak dříve byli často lidé „šilení“ považováni za vyvolené, bohy či nadané zvláštními schopnostmi. Později ale došlo k negativnímu posunu. Foucault o tom mluví takto:

„Šilenci byli zavíráni už dřív, ale teprve až v 17. století je začíná internovat a mísit je s celou jednou částí populace jako její příbuzné. Až do renesance zkušenost šílenství vyvolávala představu transcendentních sil“ (Foucault 1994: 146).

Popisuje také náhled v 18. století a dobové vysvětlení: *„V 18. století se považuje za jednu z příčin nervových poruch bohatstvím příliš vybranou stravu, hojnost, již se těší všechno obyvatelstvo, a zahálku a lenost, v níž žijí ti nejbohatší.“ (tamtéž).*

V 19. století je příčina přisuzována politice a ekonomice. Také se tvrdilo, že *„šílenství v Anglii, častější než kdekoli jinde, je daň za tamější svobodu a bohatství, jež tam všude panuje“ (Foucault 1994: 147).*

Vidíme tedy během tří století posun náhledu na duševně nemocné jako skupinu. Nejprve internace s ostatními skupinami, poté pracovní terapie. Později jsou bráni jako lenoši a zhýralci a nakonec je na vině ekonomika a politika.

4.2 Duševní nemoc a víra

Někteří jedinci se domnívali, že příčinou je církev - její vyhrožování trestem, peklem, přílišná náboženská horlivost a sebevýčitky. Naopak někteří tvrdili, že je tomu naopak. Po zpovědi a přísném pokání může dojít k uzdravení např. formou poutě. Dalšími příčinami byly podle některých obecně výdobytky civilizace - např. navštěvování divadel ženami a čtení románů - to způsobuje přecitlivělost a patologické chování (Foucault 1994: 147).

Ještě bych ilustrovala situaci výňatkem z rozhovoru na internetové stránce www.lidemezinami.cz, kde odpovídá na otázky pacienta s duševní nemocí Tomáše Vaňka o vztahu duševních nemocí a náboženství religionista a psycholog náboženství Jiří Motl.

„...před vznikem novověké vědy byli náboženští představitelé hlavní autoritou při výkladu toho, co dnes považujeme za duševní nemoci. Některé stavy, které by u nás byly považovány za blud či halucinaci, mohou být jinou kulturou vnímány jako určitá komunikace s nadpřirozenými silami. V tomto směru jsou zajímavá psychotická onemocnění. Jiné stavy, podobající se duševnímu onemocnění, byly zase vnímány jako mystické zážitky. To, co my vnímáme jako projev šílenství, tedy může být v jiné kultuře považováno za normální či nadpřirozené.“²

Motl mluví o tom, že duchovní autority hrály zásadní roli v určování pohledu na normálnost či nenormálnost.

Velmi uznávanými osobnostmi byli Jan od Kříže a sv. Terezie z Avily. Tito jedinci komunikovali s Bohem a sepsali dopisy a spisy, kde popisovali svoje stavy a prožitky. Sv. Jan prožíval stav duševní vyprahlosti a opuštěnosti, který se nazývá „temná noc duše“. Jeho stavy by se podle dnešního nahlížení daly nazvat depresí.

Sv. Terezie z Avily a jiné mystičky a mystici zase slyšeli Boha, který s nimi mluvil. Dnes by byla Terezie nazvána schizofreničkou. Katolická církev ovšem zážitky těchto jedinců považuje za jejich požehnání a byli prohlášeni svatými.

Jelikož jsem vyrostla v katolické víře a moje matka miluje poslech Rádia Proglas, poslouchaly jsme čtení na pokračování. Zde se četlo z dopisů těchto mystiků. Působilo to na mě velmi silným dojmem. Na jednu stranu mi bylo líto, jak se cítili špatně a zažívali vnitřní boje a nepochopení od svých zpovědníků, spolusester či bratrů v řádu. Na druhou stranu jsem jim také záviděla tak blízký vztah k Bohu.

² VANĚK, Tomáš a Motl JIŘÍ. Spiritualita a duševní nemoc. www.lidemezinami.cz: *Spiritualita a duševní nemoc* [online]. 24.11.2013. [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/spiritualita-a-dusevni-nemoc>

Motl říká, že díky výzkumům historiků se zjišťuje, že duševní nemoc je **kulturně podmíněná**. Hranice posouzení nějakého jevu jako duševní nemoci je velmi odlišná. Mluví také o velkém vlivu víry na duševní zdraví jedince. Říká, že:

„Různé formy duchovní praxe mohou přispět k duševnímu i tělesnému zdraví. Správně vedená zpověď a s ní spojená eucharistie (svátost smíření) pomáhá odpustit sobě i druhým. Toto duchovní uzdravení má pak často dopad i na tělesné zdraví. Některé výzkumy dokonce empiricky doložily, že náboženská praxe může snižovat míru stresu“ (tamtéž).

Toto vidím zcela jasně u mé matky. Má sklony k depresi a návštěva kostela jí velmi pomáhá vyrovnávat se se všemi aspekty jejího života, zejména tím, co ji trápí a nemůže to změnit.

5 Definice nemocí

Každá duševní porucha je označena písmenem z abecedy a číslem. Tento systém slouží k mezinárodní identifikaci nemocí a jejich jasnému vymezení. Tyto zkratky a definice vycházejí z MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí, kde jsou definovány její projevy a varianty. Je zde podán jejich nejucelenější přehled. Tato klasifikace je nejčastější pomůckou a takovou „Biblií“ zejména pro lékaře. Nejaktuálnější verze je z 1. 4. 2014.³

Duševní nemoci jsou také definovány v různých slovnících, odborných knihách, časopisech, najdeme je na internetu apod. Krátce zde pro ilustraci uvedu jejich definice. Pokusím se uvést příklady z literatury a zkombinuji je s výpověďmi svých informantů.

Zmíním na tomto místě 3 pojmy, které souvisejí s propuknutím duševní nemoci a to ataka, spouštěč a remise.

Ataku definuje *Akademický slovník cizích slov* jako „*prudký záchvat nemoci*“ (Academia 1995: 77).

Remise je toutéž publikací definována jako „*dočasná úleva nemoci v průběhu léčby*“ (Academia 1995: 657). Já bych však tuto definici dle svých zkušeností a prostudovaných informací doplnila o to, že se o ní hovoří nejen v průběhu léčby, ale mluvíme o ní i v období od stabilizace stavu do opětovného výkyvu nemoci.

Spouštěče jsou jednoduše řečeno události či faktory, které přispěly k propuknutí nemoci.

Canthoper (2012) o spouštěčích mluví takto:

„Prvním spouštěcím faktorem jsou nedávné „významné“ životní události. Nejčastěji sem patří stres, ztráta, narušení sociální sítě daného člověka a dlouhodobý pocit ohrožení, ale může sem patřit v podstatě jakákoli významná životní změna. Onemocnění se nejčastěji projeví tehdy, jestliže existují ještě další spouštěcí faktory, jimiž jsou mimo jiné dlouhodobé obtíže. Mezi ně patří neustálý stres, který vás spolu s nedávnou významnou životní událostí může „potopit“. A nakonec jsou tu faktory náchylnosti“ (Canthoper 2012: 45).

³ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: MKN. ÚZIS ČR [online]. [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>

Při terapii se často pracuje s psaním deníku, kdy pacient nebo klient popisuje svůj režim a myšlenky. Lékař, terapeut či psycholog potom deník projde a vidí, jaké myšlenky a okolnosti mají za následek ty které projevy nemoci ať už na rovině emocí nebo i tělesných projevů a obtíží jako např. u panické ataky.

Nalézání spouštěčů, schémat jednání a snaha o jejich změnu je často bolestným procesem, protože vyjdou na povrch myšlenky a události potlačené do podvědomí (jedinec se takto chrání před zraněním a traumaty).

Psychoterapie je v kombinaci s vhodně zvolenou medikací a pravidelným denním režimem vhodným nástrojem k prevenci a udržení si psychického zdraví.

5.1 DEPRESE - depresivní onemocnění F33

V této podkapitole se budu věnovat problematice deprese - depresivního onemocnění. Budu reflektovat různé pohledy na nemoc. Zmíním pohled odborníků, postřehy ze životopisné literatury a prostor dám i svým informantům. Podobný koncept budu aplikovat i u kapitol pojednávajících o schizofrenii a bipolární poruše.

Vymezení dle odborné literatury

Vágnerová píše o depresi:

*„patří k nejčastějším duševním onemocněním. Na rozdíl od schizofrenie není jejich četnost v různých sociokulturně i antropologicky odlišných společnostech stejná. Údaje o výskytu deprese se velice různí, pravděpodobně v závislosti na nejednotnosti diagnostických kritérií. Podle různých autorů postihují 1-20% dospělých lidí. Začátek není příliš časově ohraničený, obvykle spadá do období mezi 20. až 40. rokem. Průměrný věk při první epizodě onemocnění se pohybuje kolem 30 let, v posledních letech lze zaznamenat trend postupného snižování věku, kdy se tato choroba objeví. **Deprese postihuje častěji ženy než muže**“ (Vágnerová 2008: 376-378).*

Herman E., Doubek P., (2008) v *Deprese a stres, Vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy* píše, že k vypuknutí deprese vedou často zjevné příčiny a konkrétní stresové události: „často závažné změny v životě jedince - např. stěhování, svatba, ztráta blízké osoby, vážná nemoc. Události, které vnímáme jako stresové, mají obvykle tyto charakteristiky: traumatické události mimo rozsah běžné lidské zkušenosti, neovlivnitelnost a nepředvídatelnost“ (Herman, Doubek 2008: 9).

Deprese (melancholie) a její definice v průběhu času

Deprese existovala už dávno, není to výdobytek moderní doby, jak bychom se mohli domnívat. Foucault říká, že „*Je zajímavé, že již Aristoteles prohlásil o depresivních lidech: Melancholici mají víc ducha než jiní*“ (Foucault 1994: 62). Může zde vidět, že Aristoteles nahlížel na depresivní jedince pozitivně.

Dříve se deprese označovala pojmem melancholie - to od 16. století. Nebylo to však čisté označení jen pro depresi, ale byla to kombinace duševních nemocí, z nich ještě nebyla deprese vyčleněna jako samostatná nemoc. Do melancholie byla zahrnuta ještě mánie, schizofrenie apod. (Foucault 1994).

V 17. století, v době osvícenství, se lékař Willis nechává ovlivnit mechanikou a vysvětlením melancholie teorií fluid a chemických vlastností moků a definuje melancholii jako „*Nezuřivé a nehorečnaté šílenství provázené úzkostí a smutkem*“ (Foucault 1994: 64).

Líbí se mi další definice deprese taktéž od Willise „*Melancholie je šílenství omezené vlastní bezmocí*“ (tamtéž).

Deprese v životopisné literatuře

Mnou již zmiňovaná kniha *Putování s černým psem: život s depresí* je, jak je v předmluvě napsáno: „*sbírkou postřehů, které se sešly na jedné spisovatelské soutěži organizované Black Dogs Institutem, tedy Institutem Černého psa, jak se v angličtině depresi říká*“ (Wigneyová, Eyersová, Parker 2009). Autoři výpovědí jsou zde zmiňováni jen číslem a psí tlapkou.

Moc se mi líbí vyjádření Pisatele č. 385 o depresi. Je zcela trefné:

„*Stal se ze mě stín mého dřívějšího já. **Tahle nemoc je jako šelma, která vám zničí duši a samou podstatu toho, kým jste.** Deprese vám sebere to jediné, o čem jste si mysleli, že vám nikdy nikdo vzít nemůže - vás“ (2009: 20).*

Z mnoha výpovědí si vypůjčím ještě jednu. Pisatel č. 579 říká: „*Když jsem trpěla nejhorší depresí, jako by ve mně žili dva lidé - Depresivní já narostlo tak mohutně, že Skutečné já už bylo jenom vzpomínkou, snovou ideou...“ (2009: 79).*

Naprosto souhlasím s oběma tvrzeními. Pokud jste v depresi, máte pocit, že vaše já už neexistuje, že se ztratilo. Zůstává jen nějaká mátoha, neschopný jedinec, který přežívá, ale vlastně nežije.

Ve dvacátém století popisuje mezi jinými svůj depresivní stav známý spisovatel William Styron ve své knize *Viditelná temnota*. Mluví o ni takto: „*Nepochopení nespočívá v tom, že okolí s postiženým nescítí, nýbrž v elementární neschopnosti zdravých lidí vůbec si představit formu utrpení, které je tak vzdálené běžným zkušenostem“ (Styron 1993: 9).*

Toto potvrzují i někteří mí informanté, kteří prošli depresí či jinou duševní nemocí. Zmiňují nemožnost představit si osobní utrpení nemocného.

Deprese z pohledu mých informantů

Dr.H., moje dlouholetá psychiatricka:

„Takže trvalý smutek, ztráta zájmů, ztráta aktivit, bývá úbytek na váze, zvýšená únava, snížené sebehodnocení, mohou být sebevražedné tendence až pokusy o sebevraždu, ranní pesima a hlavně si myslím, že to nejdůležitější na depresi je, že se nám **zamží myšlení, že začneme myslet v tom šedém**, šedě a že začneme spoustu věcí nevidět, zúží se nám obzor. Možná se nám někdy i zlepší paměť na některý události z minulosti, ale taky se uzavíráme do takovýho jako kruhu.“

sociální pracovník pan M. definuje depresi takto: „jako **černej mrak v duši a mozku** a záleží na tom, jak moc ta deprese je těžká, jak ten mrak je nacucanej.“

Sociální pracovnice paní L. definuje depresi jako:

p.L: „Tak deprese - ta se projevuje tím, že ten člověk pravdu **není schopen v podstatě vůbec ničeho** a je hodně, hodně unavený, většinou ležící a není schopen se třeba ani zvednout z té postele. Lidi ho berou většinou jako línýho.“

Pacientka paní J., svou periodickou depresivní poruchu definuje jako: „Deprese, tak já to beru jako duševní bolest.“

5.1.2 Příčiny deprese

Častou příčinou, proč jsou lidé hospitalizováni, je dnešní doba a její nároky. Snažíme se je splnit, ale vstupují do toho i faktory, které nelze ovlivnit. Duševní nemoc si nevybírá, potkává učitelky, podnikatele, lékaře, vědce, matky.

Herman a Doubek (2008) zmiňují totéž: „*Zřejmou příčinou, proč jsou neovlivnitelné události stresové, je to, že je nemůžeme ovládat, řídit, mít pod kontrolou, že jim nemůžeme zabránit nebo je přerušit*“ (Herman, Doubek 2008: 10).

Stres, špatné vztahy v rodině či práci, životní katastrofa a mnohé jiné okolnosti často vedu k atace nemoci. Ze začátku se to člověk snaží zvládat sám, ale pak už řekne tělo stop a propukne nemoc.

Lidé, kteří mají velké ambice a plány a daří se jim, mají společnou charakterovou vlastnost a to cílevědomost a sebekritičnost - zejména potom umělci. Platí to zcela jistě, jenže pokud chce být člověk nejlepší, je sebekritika nutná. Může se to ale zvrtnout a v případě deprese už takto kriticky vidíte moc a vše.

Herman a Doubek (2008) to potvrzují: „*zvýšený sklon k depresím mají osoby, které jsou hodně sebekritické*“ (Herman, Doubek 2008: 20).

Nejlepší odbornou knihou, kterou jsem zatím o depresi četla je od *Cantopher T., Depresivní onemocnění, Prokletí silných* (2012). Autor zde uvádí zajímavou věc a to, že depresivní lidé mají mnoho shodných vlastností:

„Depresivní onemocnění nebo alespoň jeho nejčastější forma, která je vyvolaná stresem, se téměř vždy vyskytuje u stejného typu lidí. U typického pacienta najdete tyto charakterové vlastnosti: (morální) síla, spolehlivost, silné mravní přesvědčení, silný smysl pro odpovědnost,

tendence upřednostňovat potřeby jiných před svými, citlivost, přecitlivělost na kritiku, sebeúcta závislá na mínění jiných“ (Cantopher 2012: 15-16).

Pokud bychom se zeptali některých jedinců s duševní nemocí, zda se na ně toto tvrzení hodí, jistě by se v této definici alespoň částečně našli. Na mě sedí téměř všechny vyjmenované vlastnosti.

Dále bych v této souvislosti zmínila článek **Deprese v číslech** z *Psychologie Dnes* (PD) 9/2011 s.7⁴

*„Depresivním onemocněním trpí celosvětově neuvěřitelných 121mil. lidí. Ročně připraví o život 850000 lidí. Výskyt deprese na celém světě monitorovali pod záštitou WHO vědci z 20 zdravotnických center. Zaměřili se jen na vážnou formu deprese. **Detailního interview se zúčastnilo 89000 lidí.** Obyvatelé rozvinutých zemí mají 15% riziko, že během života onemocní depresí. Obyvatelé se středním nebo nízkým příjmem mají toto riziko o něco nižší, 11%. 5,5% obyvatel z bohatých zemí přitom depresí onemocnělo během uplynulého roku (2010). Také vážná depresivní epizoda se v těchto zemích vyskytovala ve vyšší míře (28% oproti 20% v chudších zemích).“*

PD dále informuje, že v počtech depresí stojí nejvýše Nizozemsko, dále Francie a Amerika s 30%. Nejnižší výskyt je Číně, ale v Indii byla velmi rozšířená (skoro 36%). Nemůže však tvrdit, že by byly závislé jen na kultuře. Ženy onemocní 2x častěji než muži. Nejčastější příčinou propuknutí nemoci je odchod životního partnera z důvodu úmrtí, rozvodu nebo rozchodu.

Depresivní jedinci jsou často obviňováni z toho, že se dost nesnaží, jsou líní, nechtějí to vůli zlepšit. Murphy (2001) o tomto jevu také hovoří: *„Dokonce i postižení jsou často neurčitě obviňováni, že si mohou za svůj stav nebo přinejmenším za to, že při léčbě nedosáhli větších úspěchů“ (Murphy 2001:108).*

Moje zkušenost je tatáž. Můj otec nebyl schopen pochopit, proč najednou nemůžu vstát z postele jíst, dělat to, co dříve. Opakoval mi, že se dost

⁴BBC MEDICINE. Deprese v číslech: Zajímavosti. *Psychologie Dnes*. 2011, roč. 9, s. 7.

nesnažím, že to musím překonat apod. Rozčiluje mě, když lidé, kteří mají horší náladu, vypráví, že mají depku. Je to něco jako móda mít depku.

V souvislosti s depresí se hodně mluví o nadužívání antidepresiv (AD) zejména v Americe. Obecně je užívání AD citlivá věc.

Já osobně bych bez nich nefungovala a je to pro mě nutné. Víím, že pokud se jedinec dostane do situace, kdy už si sám neví rady a nespí, není schopen fungovat, tak mu potom „pilulka štěstí“ pomůže. Na druhé straně je možné, že někteří lidé je užívají, i když mají jen horší náladu. Postoj k AD obecně, je velmi ambivalentní.

Dále popisují více další příčiny a důsledky, které s sebou duševní nemoc nese.

Nespokojenost v práci - zdroj stresu

Stres nakumulovaný z více stran, je často příčinou vypuknutí duševního onemocnění. Zde uvedu pro ilustraci krátký výňatek z knihy VITZ P.C., *Psychology as religion: The cult of selfworship* (1994: 164). Vitz popisuje tuto situaci takto:

„Let us also note that many people have chosen careers, not because they are truly „ambitious“, but because it was the thing to do. Often they had no real interest in the activity involved. The sacrifices that careers typically require are particularly menaingless to such people. Finally and most importantly cereers are intrinsically too weak an ideal to carry the huge psychic burden that has been laid upon them“ (Psychology as religion: The cult of selfworship, 199: 162).

vlastní překlad: „Poznamenejme ještě, že mnoho lidí si zvolilo povolání ne proto, že by byli skutečně ctižádostiví, ale proto, že jednoduše museli. Často neměli o práci skutečný zájem. Oběti, které povolání pro tyto jedince obvykle vyžaduje, jsou tedy nesmyslné. Nakonec a co je neméně důležité, jsou povolání skutečně příliš křehká na to, aby unesla obrovskou psychickou zátěž, která je na ně naložena.“

Zde autor naráží na problém nutnosti najít si v dnešní době jakékoli zaměstnání, jen aby jedinec uživil rodinu, nehledě na to, zda ho práce baví či ne. Z dlouhodobého efektu to však může způsobit katastrofu v podobě deprese.

Canthoper (2012) už v názvu své knihy *Depresivní onemocnění - Prokletí silných* zmiňuje to, že depresivní jedinci nejsou zbabělci, ale citliví a silní lidé. V souvislosti s depresí často používá spojení „pojistka se spálí“. Přijde mi to velmi trefné. Vysvětluje to takto:

*„Když se do zátěžové situace dostane člověk slabý, cynický nebo líný, brzy to vzdá, takže se nikdy nedostane do takového stresu, aby onemocněl. Na druhou stranu silný člověk bude na tento tlak reagovat tak, že se ho pokusí překonat. Citlivý člověk, jehož sebeúcta nestojí na pevných základech, se nemůže přestat snažit, protože se bojí, že ostatní zklame. A co víc, **bojí se zklamat sebe sama**. Tak se pořád snaží dál a dál a dál, až najednou: BUM! *Pojistka se spálí. Vypne se proud. Deprese je nemoc dobrých a velkých lidí*“ (Cantopher 2012: 16-17).*

Často klademe na sebe mnohem vyšší nároky, než na nás kladou ostatní. Já sama to tak mám, čímž si ubližuji, ale změnit tento model chování neumím.

5.1.3 Dopady a projevy deprese

Canthoper (2012) také jmenuje typické příznaky klinické deprese: „*ztráta spánku, chuti k jídlu, energie, nadšení, soustředění, paměti, sebedůvěry, sebeúcty, zájmu o sex, motivace, radosti, trpělivosti, citů, naděje, lásky aj.*“ (Cantopher 2012: 15).

Tyhle pocity zná každý člověk, který si depresí prošel. Je to těžké, strašlivé a člověk se bojí, že to neskončí. Pokud se z toho dostane, má ale zase strach, že to přijde někdy jindy. Je to jako rakovina. Pokud z toho člověk vyjde a může zase dělat normální věci jako dřív, obvykle si toho víc váží.

Canthoper (2012) také uvádí příklady **známých osobností**, kteří trpěli depresí:

„Oliver Cromwell, Abraham Lincoln, Issac Newton, E. A. Poe, L. van Beethoven, Vincent van Gogh, Winton Churchill, Ernest Hemingway“ (Cantopher 2012: 17).

Z toho výčtu můžeme zcela jasně vidět, že i přes své hrozné stavy tito jedinci obohatili lidstvo.

5.2 SCHIZOFRENIE

Vymezení dle odborné literatury

Sillamy, N., *Psychologický slovník* definuje schizofrenii jako:

„duševní onemocnění charakterizované ztrátou kontaktu s okolním světem, odklonem od reality a autistickým myšlením. Vyskytuje se celosvětově 1 - 2 případy na 10000 obyvatel. K typickým příznakům patří bludy, sluchové halucinace, nelogické uvažování, emoční lhostejnost, sociální izolace, bizarní chování. Odříznut ve svém chorobném světě zdá se být netečný a lhostejný k prostředí, které ho obklopuje, žije v samotě svého snění. Příčiny této nemoci, která se objevuje obvykle ve věku mezi 15 - 45 lety, nebyly dosud zjištěny. Schizofrenie se vyvíjí někdy v atakách, jindy nepřetržitě. Reaguje na léčbu neuroleptiky“ (Sillamy 2001: 194).

Autor knihy *Hlasy Romme* píše, že: *„V předkřesťanských polyteistických a panteistických společnostech se běžně věřilo, že vnitřní život může člověku umožnit spojení s tím, co bylo považováno za božské...Znaky takových pojetí lze najít u starých řeckých i egyptských kultur i u raných křesťanských gnostiků“ (Romme 2008: 40).*

Toto potvrzuje to, co jsem uváděla výše v souvislosti s duševní nemocí, vírou a pohledem různých kultur na tyto stavy.

Shoduje se s tím i MUDr. Jan Cimický, který ve své knize *Pavilon 4: mozaika příběhů z psychiatrie* vypráví že:

„První zmínky o ní jsou již ve starověku, v zápiscích antických lékařů. Později byla popisována jako „předčasná demence“, neboť jedinci postižení touto chorobou připadali ostatním hloupí (šlo však spíše o apatii a netečnost vůči okolnímu světu). Z historie známe řadu slavných mužů, jejichž životní dráha byla přerušena schizofrenním onemocněním, přesto však pokračovali v započatém díle (Ampère, Newton, Kant, Lock, Voltaire, Hegel)“ (Cimický 1999: 20-28).

Schizofrenie z pohledu mých informantů

Dr.H. psychiatricka, 12 let praxe definuje tuto nemoc:

Dr.H: „Tak schizofrenie, to je závažný psychický onemocnění, kde dochází k tomu, že **vystoupíme z reality** a začneme věřit nějakým bludům, halucinacím, vkládání myšlenek. Začnou se nám některý oblasti našeho života, ne všechny, ale **některý oblasti se roztříštěj jo, ať je to teda v tom vnímání, myšlení a někdy to je i v takový tý pohybový složce**. U některých lidí dochází k takový dezintegraci, protože pak jsou zase ty různý typy schizofrenií podle toho. **Vždycky u tý schizofrenie je to, že ten člověk není roztříštěnej celej, ale jenom jeho část**. To si myslím, že je důležitý v tom přístupu k tomu člověku.“

Informant pan M., peer konzultant, který sám trpěl touto nemocí, to vyjádřil takto:

„**Jako spíš je to jinej pohled na svět**. Jako mnohdy opravdu, to můžu říct ze svý zkušenosti, jsou to takový zážitky, prostě šel jsem po ulici a během chvilky 3 pohřební vozy a pro mě to byl signál no jo, ty umřeš čili takovýhle věci, který zdravýho člověka vůbec neznepokoje, tak pro duševně nemocnýho to může bejt prostě krize.“

paní L., sociální pracovnice:

„schizofrenie - tam jsou u většiny případů přítomný ty hlasy, který ten člověk slyší a nebo různý vjemy nepříjemný - hlasový, sluchový prostě, který **reálně neexistujou, ale on je prostě vidí a slyší a cítí** třeba, takže s tímhletem von se vypořádává.

5.2.2 Příčiny schizofrenie

Líbí se mi, jak o příčinách schizofrenie píše Vágnerová v *Psychopatologie pro pomáhající profese*:

„*Problém nespočívá v zátěži, ale ve způsobu jejího zpracování. Schizofrenie nejčastěji vzniká v době přechodu k dospělosti, kdy se člověk odpoutává od původní rodiny a měl by se osamostatnit. Nepříznivě disponovaný, přecitlivělý a zranitelný jedinec to vždycky nedokáže.*

Požadavky směřující k dosažení samostatnosti jsou prožívány jako ohrožující, a proto mohou snadno vyprovokovat chorobné reakce“ (Vágnerová 2008: 334).

To koresponduje s věkem, ve kterém často duševní nemoci vypuknou. Ten nejrizikovější je od 18 - 25 let.

Vágnerová zdůvodňuje i proč je schizofrenie brána tak, jak je.

„Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním. Nejasná etiologie, nedostatek znalosti o příčinách této choroby se projevuje posílením předsudků“ (Vágnerová 2008: 354).

Více o předsudcích a jejich důsledcích na životy duševně nemocných budu mluvit podrobněji později v kapitoly Předsudky.

Goffman píše o negativním obrazu v souvislosti s homogenizací skupiny takto:

„existují i uskupení kolegů uzavřenějšího rázu, jejichž členové jsou v očích ostatních lidí spolu tak těsně identifikováni, že dobrá pověst jednoho z nich závisí na dobrém chování ostatních“ (Goffman 1999: 162).

Často projevy nemoci přichází plíživě a může trvat, než je někdo odliší od uzavřenosti a podivínství. Cimický ve své knize *4. Pávilon* uvádí, že *„První eventualita při vzniku schizofrenní psychózy je plíživá. Vzniká pomalu a nenápadně. Nemocnému se začne jevit svět okolo něho jiný, zvláštní, divný“ (Cimický 1999: 20-28).*

5.2.3 Dopady a projevy schizofrenie

Schizofrenie není jen jedna, ale má několik druhů. Cimický ve své již zmíněné knize *4. Pávilon* vypisuje stručně a jasně druhy schizofrenie. Nebudu už toto více komentovat, protože si myslím, že je to výstižné a jasné.

„Simplexní (jednoduchá) – je charakteristická nenápadným rozpadem osobnosti, nalomením životní linie. Nemocný celkově upadá, přestává se zajímat okolí, vyhledává samotu, nestará se o rodinu.

Hebefrenní – projevuje se nejčastěji jako zvýrazněná puberta. Nehoráznost klackovitost, plané filozofování, povrchnost, drzost, arogance, jindy směšná povýšenost. Intenzita je však podstatně vyšší.

Katatonní – projevuje se buď jako strnulá forma se ztuhnutím, omezením motorických projevů nebo jako forma produktivní s pitvořením apod.

Paranoidní – má velmi rozvinutý komplex halucinací a bludů a krom toho bývá pacient výrazně vztahovačný.

Neurastenická – nejméně nápadná. Připomíná neurózu, ale podivné inadekvátní reakce pacienta nelze vysvětlit. Pacient se domáhá složitého vyšetření a nakonec nepřijde, neomluví se a pak řekne, že zapomněl.

Amenní – bývá spojena s poruchou vědomí, pacient je dezorientován, neví, kde je, cítí úzkost, jindy je rozjařený, neklidný, mývá halucinace“ (Cimický 1999: 23-24).

Jako o mnoha jiných nemocech jako úzkostné poruchy, autismus aj., píše *Psychologie Dnes* i o schizofrenii. Pro ilustraci zde uvedu článek *Mám schizofrenii zpověď pacienta*.

„Radši bych zbavil života sebe, než někomu ublížil. A přesto, že jsem nikomu neublížil, mě okolí odstrkuje. Stal jsem se nejnižším stupínkem ve společnosti, která mnou pohrdá kvůli takovým lidem, kteří svou nemoc neléčili. A jaký je rozdíl mezi klukem s rakovinou a mnou? Já za svou nemoc taky nemůžu. Přesto se ke mně lidé chovají, jako bych byl zrůda. Ve škole sedím sám, nikdo se se mnou do hovoru nepouští. Jsem terčem posměchu a výstřelků. Jenom proto, že lidé v novinách čtou o děsivých případech lidí, kteří pod vlivem nemoci třeba zabíjeli. Jsem posuzován dřív, než okolí zjistí, že jsem snad jediný na světě, kdo pro ostatní dělá víc než pro sebe. Zůstávám stranou dění s pocitem samoty a jistotou, že mě nikdo nechápe a ani nepochopí“ (PD 9/2013 s.59).

Autor článku pod přezdívkou Anu Now píše o tom, že v 17 letech onemocněl schizofrenií. Díky dispozici nízkého zvládnání stresu a vlivem jeho zvýšeného působení u něj propukla tato nemoc. Rodiče mu vyhledali odbornou pomoc. Píše o tom, že bere medikaci a se svou nemocí bojuje. Zmiňuje problém mnoha schizofreniků a to názor okolí, že je nebezpečný.

Podobný názor má jeden z mých infomantů pan P. léčící se se schizofrenií 15 let:

p.P: „...**jakmile je nějaký vrah, tak udělej, že je duševně nemocnej** a to se mně vůbec nelíbí. Jako já jsem vrah? Já jsem taky duševně nemocnej a já jsem nikdy nikomu neublížil, tak by to

nemělo být takhle. To se mně vůbec nelíbí. Nemělo by to takhle být. **Každý duševně nemocný je jiný, má jinou povahu**, někdo se léčit chce, někdo nechce. To už je každého věc, jak se zachová.“

Totéž negativní nahlížení zmiňuje i paní M. trpící schizofrenií 10 let.

M: „Lidi se dívají na schizofreniky skrz prsty, mají z nich strach.“

Jako reakce na negativní vyobrazení schizofreniků, které se ještě posílilo po události ve Žďáře nad Sázavou, vyšlo číslo časopisu *Esprit*, který vydává Česká asociace pro psychické zdraví. Tématem posledního čísla časopisu bylo: **Šílenství v médiích**. Více o tomto časopise uvádím v kapitole Protistigmatizační aktivity.

V článku z tohoto časopisu *V zajetí mediálních stereotypů* se k tomuto jevu vyjadřují jeho autoři Michal Kašpar a Tomáš Vaněk:

„Zamyslíme-li se nad stereotypy, které média používají, je zde jako první otázka „nebezpečnosti schizofreniků.“ Ano, duševně nemocní se také dopouštějí kriminálních a násilných činů. Fundované výzkumy i ty v médiích citované, uvádějí, že procento duševně nemocných, kteří je páchají, je stejně nízké jako průměr veškeré populace“ (Esprit 1/2015 s.9).

Pan P. zmiňuje nespravedlnost posuzování schizofreniků jako homogenní skupiny:

p.P: „Mělo by být měřeno stejným metrem na tyhle věci. Když onemocním, tak by se k tomu měli ty lidi postavit čelem a hotovo. To už dřív za komunistů se to tajilo. To je zavřeli do blázince a nikdo vo tom nevěděl a byla to chyba. Copak já jsem třeba na zavření do blázince? Já pracuju, snažím se vydělat peníze, pomáhám rodičům - a to je něco špatného?“

Rodiče pacientů se schizofrenií mi při kolektivním rozhovoru vyprávěli o různých bludných představách svých dětí. Bludy a halucinace mají různé formy. Často jsou nemocní údajně napadáni mimozemšťany, mají utkvělé představy, že je sledují sousedi, nebo jim někdo posílá nějaké kódy nebo znamení.

Problematicke těchto dvou diagnóz se věnuje výzkum z roku 2010 realizovaný v karlovarském kraji agenturou PROTEQ s.r.o. Jednalo se o hloubkový dlouhodobější

výzkum na téma *Diskriminace stigma - Kvantitativní výzkum diskriminace pacientů s depresí a schizofrenií.*⁵

Probíhal od července do září 2010. Vypracovávala ho agentura PROTEQ s.r.o. za odborné spolupráce RNDr. Tomáše Raitera a spolupráce s agenturou STEM/MARK. Jednalo se o 50stránkovou analýzu 91 respondentů z Karlovarského kraje. Šlo o pacienty s hlubokou depresí a schizofreniky ve věku 17 - 60 let. Rozhovory byly prováděny ve spolupráci s psychiatry. Informanté byli vybráni z databáze psychiatrů. Otázky byly rozděleny do 4 sekcí: *Vnímání nespravedlnosti, Stigma-nedostatek sebedůvěry, Překonání diskriminace a Pozitivní diskriminace.* Jednalo se o otevřené otázky.

Vyberu zde některé otázky a odpovědi, které jsou ve shodě nebo naopak v rozporu s mým výzkumem.

Je zajímavé, že co já vím, tak lékaři hodně varují schizofreniky před tím nemít děti a je to psáno i v literatuře. Moje kamarádka a zároveň i informantka v této práci, jejíž bratr má také schizofrenii, toto zažila. Její partner se s ní po dvou letech trvání manželství rozvedl.

V tomto výzkumu pokládají otázku: *Choval se k vám někdo nespravedlivě při zakládání rodiny a početí dětí?* Ze schizofrenních informantů odpovědělo 100%, že ne, ale naopak 20% depresivních, že často. (Výzkum strana 23). To mi přišlo zajímavé, protože má kamarádka se schizofrenií byla těhotná a ze začátku potratila a lékaři měli „radost“, protože se báli, že by dítě bylo také schizofrenní, když je i otec dítěte a bratr matky.

Výzkum se shoduje s mým v otázce *„Vyhýbal se vám někdo nebo se vás stranil proto, že trpíte duševním onemocněním?“* Zde 14% schizofrenních informantů odpovědělo často, 14% někdy. U depresivních to potom bylo 5% často a 9% někdy. Uvedu později podobnou informaci v souvislosti se svým výzkumem.

Dále se shoduje v ochuzení sociálních vazeb. Byla zde položena otázka *„Stalo se, že jste sami raději s někým nenavázali blízký osobní vztah?“* Ze schizofreniků to bylo 7% často a 30% někdy u depresivních 16% často a 13% někdy (výzkum strana 25).

Se zjevnými důsledky nemoci souvisela otázka *„Maskovali jste nebo skrývali svoje duševní onemocnění před ostatními?“* Zde vyplynula na povrch část strategie depresních lidí

⁵ Stopstigma: files. *Stopstigma* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: stopstigma.cz/files/diskriminace_deprese_schizofrenie.pdf

neukazovat svůj stav a zlehčovat ho, přemoci se. Ze schizofreniků 23% často a 23% někdy a u depresivních jedinců 39% často a 20% někdy (výzkum strana 30).

Duševně nemocní, kteří se chtějí uplatnit v životě a fungovat co nejlépe, se snaží využít „zbytek“ svého potenciálu, který jim po nemoci zůstal a zařadit se do života. Jak uvádím v osobních informacích o svých informantech, jsou schopni pracovat, i když za upravených podmínek. Ve výzkumu se ptali „*Byli jste schopni využít svoje osobní schopnosti nebo dovednosti pro vyrovnání se se stigmatizací a diskriminací?*“ U depresivních odpovědělo 20% často, 37% někdy a 34% nikdy. U schizofrenních 23% často a 23% někdy. 43% ale nikdy (tamtéž).

Z toho tedy můžeme vidět, že nemoc zasáhla do života zásadním způsobem a nějakým způsobem omezila „normální“ vykonávání běžných povinností.

5.3 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA (dříve známá jako Maniodepresivní psychóza) F31 (BAP)⁶

Vymezení dle odborné literatury

Sillamy, N., *Psychologický slovník* definuje schizofrenii jako:

„duševní onemocnění charakterizované střídáním manických a depresivních (melancholických) fází. Tato nemoc je častější u žen než mužů (10:7). Postihuje přibližně 1% populace. Psychosociální faktory, zejména emoční šoky hrají jako spouštěče jednotlivých fází“ (Sillamy 2091: 114).

⁶ Zkratka BAP se někdy používá v odborné literatuře. Já jsem se s ní seznámila v informační knize, kterou jsem obdržela v nemocnici při první atace mé nemoci. Od té doby ji používám.

BAP z pohledu mých informantů

Dr.H. psychiatřka s 12letou praxí v oboru ji definuje jako:

Dr.H: „Tak bipolární porucha je taková porucha, ve které si spousta lidí myslí, že to zas není nic tak strašného, protože když už má teda ty deprese, tak si to zase užije s těma mániemi, takže **střídání depresí a mánií v různých cyklech, různých obdobích**. Podle toho se potom dělej ty jednotlivé bipolární poruchy, ale já si myslím, že **bipolární porucha je porucha této doby, že všichni z nás trošku cyklujeme**. Někteří z nás víc nebo míň. Jsou možná citlivější jedinci, u kterých se to vychyluje víc ty amplitudy, nahoru i dolu - do deprese nebo do mánie.“

soc.pracovnice s klienty s DN paní L. definuje BAP jako:

p.L: „bipolárka - to jsou potom ty 2 extrémy. **Ty stavy tý naprostý jako naprostý vitálnosti, energie, ale de to většinou úplně až do extrému**, kdy už to potom není příjemný ani pro toho člověka, protože se úplně vyčerpá a jde většinou na dřev a pak **spadne do tý letargie a zase do té strašný únavy** a je to taky pro něj jako hodně nepříjemný, takže tak.“

peer konzultant, sociální pracovník v oblasti péče o lidi s DN:

p.M: „**Houpačku no, nahoru - dolů jo a zase nahoru**. To je buď sešup, nebo někdo to má pozvolnější. Většinou to bývá tak, že jako rychlejší, že jako když je člověk víc té mánií, tak většinou to pak bývá, jsem se bavil s někým nebo slyšel, pak že víc je to vo tý depresi, je to delší, třeba ta deprese.“

Je potřeba říct, že se nedá obecně říct, že je mánie a deprese přítomná půl na půl. Existuje spíš víc pacientů, kteří mají delší období deprese, než mánie a proto se může stát, že nemoc je špatně diagnostikována jako unipolární deprese (viz moje informantka paní H., kterou léčili 7 let na depresi).

Paní H., která se léčí 12 let s BAP, popisuje svoje mánie:

p.H: „Když jsem byla nesvá, tak jsem se táhla do tý mánie. To bylo vidět, že mi všechno odsejpá, všechno se mi daří, jsem brzo hotová. **Takový nějaký jako kdyby mě někdo vedl sešora a hlavně peníze lítaly, aniž bych se nad tím zamyslela**.“

Já

Pokud bych měla nějak definovat BAP („bapku“) jak jí říkáme, zformulovala bych to jednoduše takto: „je to mrcha, která vás buď vystřelí do nebe radosti (mánie), nebo zavede do pekla (deprese). Bohužel do nebe málokdy.

5.3.1 Příčiny bipolární poruchy (BAP)

Historické pojetí BAP

Mánie se vysvětlovala v 17. století nedostatkem šťáv v mozku - mozek je vysušený, tvrdý, lehčí. Maniaci snášeli dobře chladno. Mánie se léčila např. litím studené vody na hlavu (Foucault 1994: 69).

(Češková, Příkryl 2013) zase mluví se o tom, že: „*Změny nálady byly popsány již ve starém Řecku a Persii. Arateus Cappadocia, římský praktik, již před 2000 lety rozpoznal depresi a máni. Výskyt BP je přibližně 1%, postihuje muže a ženy stejně, začíná časně (typicky pod věkem 20 roků), až 15% postižených spáchá sebevraždu*“ (Češková, Příkryl 2013:70).

BAP v životopisné literatuře

V knize *Putování s černým psem* je sice mnoho definic depresí, ale jelikož se Institut Black Dogs zaměřuje na poruchy nálady, je zde i výpověď jednoho muž s BAP, číslo 338. Cituji jeho slova pro ilustraci pocitů: „*Když jsem v pohodě, lítám v oblacích, cítím se parádně. Když jsem na dně, jsem totálně zničený a často si přeju, aby se z toho dalo utéct jednou pro vždy*“ (2009: 95).

Nemoc a věk

Mnoho publikací i psychiatrů a jiných odborníků uvádí věk, kdy je nejčastější riziko vypuknutí nemoci. „*Přestože se průměrný věk začátku BAP pohybuje okolo 30. roku věku, dva nejvyšší vrcholy jsou mezi 15. - 19. a 20 - 24. rokem života*“ (Varušková a kol. 2004: 19).

Já jednoznačně spadám do této kategorie, protože jsem onemocněla ve 23 letech.

5.2.2 Dopady a projevy BAP

Dopady dle odborné literatury

*„Ze sociálního hlediska je **přijatelnější deprese než mánie**. Deprese je sice pro ostatní členy rodiny zatěžující, ale nevede tak často k vyřazení nemocného z rodinného společenství. Manické projevy jsou rušivější, obtížně ovlivnitelné, a proto bývají považovány za pádný důvod k radikálnějším rozhodnutím“ (Vágnerová 2008: 392-395).*

BAP z pohledu informantů

Tato informace se shoduje s tím, co mi sdělila moje sestra při rozhovoru. Pro rodinu prý byla horší mánie. Uvádím část rozhovoru.

D: „Mmm a ta mánie se projevovala jak?“

J: „Ta je pro nás jako děsivá, protože **pacient, kterej je v depresi je sice smutnej, ale pro tu rodinu je to jako přijatelnější - je to jako když dítě nezlobí jo, ale ve chvíli, kdy ten člověk je v mánii, tak ty si seš vědoma i za něj následků jeho chování**. V depresi ten člověk ano má strach, že si můžeš sama ublížit, ale tady si můžeš ublížit sobě i ostatním mnohem víc následkem svejch činů.“

5.3.3 BAP a kreativita

Pokud bychom si vzali na pomoc příklady slavných osobností, které trpěli DN, tak můžeme vidět, že dosáhli často velkých činů a zejména umělci zanechali za sebou mnoho nezapomenutelných děl.

U bipolární poruchy se jednalo právě o umělce, kteří ve stavech mánie vytvořili svá nejlepší díla. Můžeme si klást otázku, zda vedl styl jejich života k propuknutí choroby a poté

využití talentu, či tomu bylo naopak. To už se nedozvíme. Nicméně pacienti léčící se s BAP alespoň potěší, že i jiní měli tyto problémy a něco dokázali.

Internetová stránka www.bap.cz je zdrojem informací o bipolární poruše. Má ji na starost sdružení pacientů - tedy taková svépomocná skupina. Jeden z těchto lidí mi odpovídal na otázky do mé práce. Mimo jiných informací jako projevy nemoci tyto stránky uvádějí také souvislost mezi BAP a uměleckým nadáním. V podsekcí *Bipolární porucha a kreativita* je seznam slavných osobností, kteří trpěli BAP.⁷ Je to až udivující kolik slavných lidí ji mělo. Je zde jen část z těchto osobností.

Některé slavné osobnosti, které trpěly bipolární poruchou

Ota Pavel - český prozaik, novinář a sportovní reportér

Miloš Kopecký - český herec, člen činohry Divadla na Vinohradech

Richard Müller - slovenský zpěvák a hudebník

Petr Muk - český zpěvák a hudebník

Virginia Woolfová - anglická spisovatelka, kritička, esejistka a feministka

Ernst Heminway - americký spisovatel

Percy Bysshe Shelly - anglický romantický básník

Ludwig van Beethoven - německý hudební skladatel

Johan Wolfgang Goethe - německý básník, prozaik, dramatik, politik, biolog

Oliver Cromwel - anglický protektor, vojevůdce a diktátor

Napoleon Bonaparte - francouzský generál a císař

Abraham Lincoln - 16. prezident Spojených států

Winston Churchil - britský politik, premiér Spojeného království, spisovatel, historik

Martin Luther - německý teolog, kazatel a reformátor

⁷ Bipolární porucha a kreativita. www.bap.cz [online]. [cit. 2014-03-15]. Dostupné z:

http://www.bap.cz/?m_cl_id=9

Vincent van Gogh - nizozemský malíř a kreslíř

Curt Cobain - americký zpěvák a frontman grungeové skupiny Nirvana

*Ozzy Osborne - zpěvák legendární heavymetalové kapely Black Sabbath*⁸

Já mám také určité umělecké dispozice (stejně jako moje sestra a neteř). Zpívám, dříve jsem hrála na klavír, výtvarně tvořím, ráda píšu. Neprohlašovala bych se samozřejmě za umělkyni, ale nějaké nadání tu je. Tvůrčí činnost mi pomáhá v době, kdy mi není dobře. Musí být ale ovšem ten správný čas a nálada či „nenálada“ na tu kterou danou činnost. Když je člověk v těžké depresi, tak to je potom rád (nerad), že žije.

Moje sestra k tomu říká:

„Ty když jsi měla mánii, tak jsi ji třeba mohla vrazit do toho tvoření jo, do té obrouskový techniky, takže proto je to nemoc umělců, protože oni pak tvoří, takže jako by ta nemoc se může projevit i konstruktivně jo. Bohužel si vybírá tu daň pozdějc - to tělo to neskutečně vyčerpá a pak přijde ta fáze vlastně té deprese.“

⁸ tamtéž

6 Předsudky

V této kapitole popíši jev, který s tématem duševních nemocí úzce souvisí a to předsudek. Popíši předsudek odbornou definicí a vyjádřením Allporta, Tesaře a Eriksena. Zmíním také nazývání duševně nemocných pejorativními výrazy. V další kapitole navážu dopady a projevy, které jsou také předsudky ovlivněny.

Nejprve bych začala definicí předsudku od Allporta (2004). Ten definuje předsudek jako: „*odmítavý až nepřátelský postoj vůči člověku, který patří do určité skupiny, jen proto, že do této skupiny patří, a má se tudíž za to, že má nežádoucí vlastnosti připisované této skupině*“ (Allport 2004: 38).

Duševně nemocní jsou často posuzováni a poznáváni podle toho, že se „divně chovají a mluví.“ Ať již zdraví jedinci či sami duševně nemocní často rozlišují „naše“ a „ty ostatní“ a sami vytváří hranice.

Tesař podobně mluví v souvislosti s hranicemi o tzv. *in-groups a out-groups*. Lidé se chovají k příslušníkům vlastní skupiny (in-group) benevolentněji. Na vlastní skupinu nahlíží jinak než na tu cizí. V nahlížení na vlastní skupinu jsou spíše pozitivní a potlačují negativní věci, kdežto u out-group tyto negativní rysy vidí mnohem zřetelněji. Jedinec potřebuje ke svému přežití upevňovat vztah k ostatním členům skupiny a mít možnost dobře rozlišit, kdo je její součástí. Teorie sociální identity to vysvětluje tak, že si jedinec vytváří pozitivní skupinovou identitu, protože se v ní potom lépe cítí. Lidé si tedy tímto zvyšují sebehodnocení, ale utvrzují se v odlišnosti do out-group (Tesař 2007: 67).

Eriksen to v souvislosti s vymezením říká podobně: „*Čím druhý působí hrozivěji a nebezpečněji, tím lépe, neb tím se ještě více posílí pocit interního „my“*“ (Eriksen 2003: 148).

To koresponduje s mnohdy démonickou a stereotypní prezentací duševně nemocných jako někoho, koho je potřeba izolovat a bát se ho.

Více o předsudcích v různých souvislostech a dopadech, které způsobují, píše dále ve své práci.

Označování duševně nemocných

Označení duševně nemocných jako skupiny je různé. Do vysoké míry to závisí na diagnóze. Někteří jedinci, kteří se např. dlouho léčí, o sobě mohou mluvit s černým humorem a nazývat se „blázny, psychouši“, psychiatrii nazývat „blázincem, cvokhausem“ apod. Z literatury a médií známe nepřeberné množství pejorativních názvů jako „padlej na hlavu, magor, prdlouš“ aj.

O tomtéž jevu se mluví v článku *Na psychiatrii přibývá pacientů s úzkostí a depresí*. Šéfredaktorka časopisu *Psychologie Dnes*, Daniela Kramulová, na toto téma hovoří s ředitelem léčebny v Bohnicích Martinem Holým.

(Kramulová): „*V obecné češtině se zabydlují termíny z diagnóz. Nejde jen o nadávky typu debil, kretén, idiot, veřejní činitelé deklasují své odpůrce poukazem na schizofrenní jednání či psychopatickou osobnost, z obrazovky nás baví showman Carda Retarda... O čem to podle vás svědčí?*“

(Holý): „...psychiatrická péče je stále stigmatem. Když chceme něco negativního popsat, často sáhneme po psychiatrické diagnóze.“⁹

Zde uvedu ilustrující úryvek z rozhovoru s mými schizofrenními přáteli:

pan H.: „My někdy používáme slovo blázinec.“

D: „Ale to je černý humor ne?“

H: „Jo.“

Majorita tyto názvy používá také, ale převážně jako apelativum. Jak bude vidět z mé práce, tak jsou duševně nemocní generalizováni jako skupina, i když mají různou diagnózu. Informant pan P. se schizofrenií se vyjadřuje o tom, jak smýšlejí lidi o ostatních schizofrenicích.

pan P: „Každej na ně kouká, že jsou blázni.“

⁹ KRAMULOVÁ, Daniela. Na psychiatrii přibývá pacientů s úzkostí a depresí. *Psychologie Dnes*. 2011, č.10, s.9-11.

Dále uvedu na příkladu paní H. s BAP, která se léčí 22 let. Moje informantka mluví o tom, jak ji někdy ubližují výroky lidí.

(mluví o kamarádce a o tom, co jí říkala) p.H: „Ty seš stejně blázen. To je takový, když mi ublíží tady tím no.“

(mluví o dětech, které nemá v péči ze zdravotních důvodů a pečuje o ně bývalý partner)

p.H: „Tak nějak jim asi říkaj, dobře něco zbrojí proti mně, máma je blázen, ale voni se mi to nedovolej říct.“

p.H: „Mně třeba švagrová, ta nejmladší mně řekla, že jsem na palici, a jak můžu řídit auto, když jsem na palici, no tak jako když jsem na palici, jak můžu řídit auto.“

Duševně nemocní pak často vůbec nikoho, koho nemusejí, neinformují o své nemoci ze strachu ze stigmatizace. Informant pan M. s BAP o tom hovoří takto. Je to odpověď z emailu na seznam otázek.

D: „Stalo se vám někdy, že by na vás někdo negativně reagoval jako na DN?“

pan M. (BAP), léčící se 14 let: „Nestalo, ale zřejmě to bude tím, že je jenom málo lidí, kteří o mé nemoci vědí.“

Někdy se **název vžije a není už brán jako negativní**. Např. existuje internetová podpůrná stránka, kterou spravují pacienti www.deprese.cz, kde funguje „Klub Depresák“. Myslím, že zde je to bráno prostě jako odpovídající označení. Je to podobné, jako když já mluvím o lidech s BAP jako o „bipolárnících“ nebo říkám, že mám „bapku“.

Já mám štěstí, že mě nikdo nenazývá magorem nebo na mě nereaguje negativně. Je možné, že v soukromí ano, ale to se nedozvím.

7 Dopady a projevy duševní nemoci

Stigma duševní nemoci je často způsobeno dopady nemoci na nemocného i jeho okolí. Tato kapitola je nejobsáhlejší, jelikož popisuje praktické dopady a problémy, které sebou duševní nemoc přináší. Podle mého názoru odpovídá konkrétními příklady na první dvě mé výzkumné otázky. Tato kapitola tematicky navazuje na tu předcházející a dále zde rozvíjí téma předsudků a diskriminace a to v praktických důsledcích každodenního života jedince.

Budu zde hovořit o tom, že dopady a projevy nemoci mají za důsledek velký zlom v životě. Nemocný často reflektuje a hodnotí svůj život z hlediska jeho kvality před nemocí a po ní. Vyrovnává se s rozporuplnými pocity, zejména v době zlepšení stavu nemoci (remise). Popíši zde, jak s sebou propuknutí nemoci přináší rozpolcenost, zda nemoc přiznat či ne, nižší míru odolnosti, rozhodování se o výběru povolání, změnu ekonomické situace, proměnu sociálních vazeb, zlost, zvýšenou potřebu pomoci či změnu statusu. Použiji citace z literatury, své názory a zejména výpovědi informantů, které situaci dokreslí.

Pro informanty, kteří mi měli zodpovědět otázky písemně, jsem ještě přidala tyto dotazy, protože jsem neměla možnost zeptat se na ně osobně: *Jak se vám změnil život? Jaké měla nemoc kulturní, sociální a ekonomické dopady?*

7.1 Před nemocí a po ní

Než začnu popisovat jednotlivé dopady duševní nemoci na život jedince, použiji úryvky z literatury a rozhovorů s mými informanty, kde ukážu, že pokud přijde duševní nemoc, rozdělí se život na před nemocí a po ní. Bylo tomu tak i u mě.

Murphy je pro nás antropology pojmem. Málo kdo ale ví, že onemocněl v pozdním věku kvadruplegií, tedy ochrnul na všechny končetiny. Ve své knize *Umlčené tělo* (2001) píše o svém životě, zejména obtížích, které mu ochrnutí přineslo. Nejprve byl schopen fungovat normálně, ale jak se jeho nemoc zhoršovala, došlo k tomu, že skončil na vozíku a nakonec jen ležel.

Murphy (2001) mluví o tom, že se jeho život rozdělil do 2 částí: před vozíkem a na něm. Vypráví také o tom, že se prožívá už jen den ze dne.

Já to pojmám stejně. Rok 2006, kdy jsem onemocněla, všechno změnil a teď je to, co bylo před ním a po něm. Když byla nemoc ve fázi těžké deprese, tak to nešlo nic jiného než nějak přežít a čekat jestli a kdy zaberou léky. Když vzpomínám na nějaký rok, tak to počítám před rokem 2006 a po něm. V tomto roce se můj život obrátil naruby.

Mí informanté také často pociťují zlom v životě v souvislosti s propuknutím nemoci a jejích dopadů. Mnozí vystudovali školu (ať už střední nebo vysokou), nastoupili do zaměstnání, normálně žili. Někteří mají vlivem nemoci jen základní vzdělání. Měli zavezený život. Pak přišla ataka duševní nemoci a vše se změnilo. Většina z nich musela nastoupit na léčení do nemocnice, kde se lékaři pokoušeli zmírnit akutní projevy nemoci. Po propuštění a nastavení medikace však nebylo vyhráno. Jeden z mých informantů se musel vzdát plánovaného povolání advokáta, nastoupit do kanceláře a nakonec po několika atakách nemoci pracoval nějakou dobu i ve chráněné dílně.

To musí s psychikou člověka dost zamávat. Informantka paní M. musela zanechat svého povolání ve školce, později i kosmetičky a už roky se podílí na aktivitách Organizace, která pomáhá lidem s DO. Konkrétně pracuje v terapeutické dílně, dříve kavárně. Mnoha pacientům se nepoštěstí nastoupit znovu do stejné nebo podobné práce a jediným východiskem je pro ně zažádat si o invalidní důchod (ID) a být na něm závislý. To člověku taky moc nepřidá. To a mnoho jiného jsou zážitky a dopady života s DN.

Peer konzultant a sociální pracovník pracující v Organizaci s klienty s DN vyjadřuje změnu pohledu na život před nemocí a po ní.

p.M: „Kariéra psychiatrického pacienta. Je úplně jedno, že on do třiceti let vystudoval 2 školy, prostě nyní je duševně nemocný a skončil.“

Ani ryba ani rak aneb ani zdravý ani úplně nemocný

Při čtení knihy *Jinakost, postižení, kritika* od Kateřiny Kolářové (2012) jsem narazila na několik příspěvků k tématu odlišnosti. Mnoho mi jich mluví ze srdce. Ať se jedná o lidi hluchoslepé, lesby, tělesně postižené, musí řešit chtě nechtě často podobné věci. Naprosto se identifikuji s vyjádřením příspěvku Susan Wendel, která hovoří o svém onemocnění roztroušenou sklerózou takto:

„Jelikož mé postižení už není na první pohled zřejmé a jelikož je to nemoc, jejíž projevy kolísají den ode dne, žiju mezi světem „postižených“ a nepostižených. Často si velmi silně uvědomuji, jak se liším od zdravých, nepostižených lidí, a často mám velkou potřebu si prosadit, aby ostatní tuto odlišnost uznali, pokud ji ignorují. Na druhou stranu jsem si velmi silně vědoma, jak mi můj společenský, ekonomický a osobní kapitál fakt, že se můžu před cizími lidmi „vydávat“ za nepostiženou, umožňují žít do značné míry asimilovaný život mezi nepostiženými“ (Susan Wendel in Kolářová 2012: 418).

Stejně tak to vnímám i já. Pokud to není nezbytně nutné, tak nikde neříkám, že se léčím s psychiatrickou nemocí a mám invalidní důchod. Pak už je na mě nahlíženo jinak.

Coming out - proč ano nebo ne

Vyjít na světlo s pravdou o sobě, kterou skrýváme, protože se obáváme reakce na ní, je nazýváno coming outem. Nejvíce se používá v souvislosti s veřejným přiznáním homosexuality. Může být ale aplikováno i na jiné oblasti života.

Podle Swaina a Camerona můžeme coming out chápat dvěma způsoby: *„1. jako konkrétní okamžik odhalení ve vztahu k určité osobě či osobám, 2. období, kdy si člověk sám poprvé uvědomil svou vlastní identitu a vyrovnal se s ní“ (Swain a Cameron in Kolářová 2012: 414).*

Podle mé zkušenosti si člověk nejdříve uvědomí svou jinakost sám. Po určitou dobu s tím bojuje a snaží se svou jinakost skrýt. V běžném životě a interakci s jinými lidmi ale logicky dojde po nějaké době k odhalení. Záleží poté do velké míry na tom, jaké reakce po tomto odhalení následují.

„u lidí se skrytými hendikepy bývá menší pravděpodobnost, že projdou coming outem, začnou svou jinakost přijímat pozitivně...protože je pro ně snazší udržet si identitu „normální“ (Ellen Sammuels in Kolářová 2012: 414).

Jeden z mých informantů, který se léčí se schizofrenií a pracuje v oblasti sociální práce, o tom mluví takto:

Pan M: „Na druhou stranu chápu, a já to tak trošku mám a pomaličku se posunuju, že tzv. ten coming out, tzn. jít s tím ven, **tak člověk se bojí, stydí, neví, jak to okolí zareaguje.** Neví to

a mohlo by ho to klidně vrhnout, to nepochopení a to odmítnutí kdyby se stalo, tak by mohlo tomu člověku dost hodně ublížit.“

„Tím, že se vydávají za nepostižené, že minimalizují význam svého vlastního hendikepu ve svém osobním a společenském životě...se lidé se skrytými hendikepy často snaží vyhnout stigmatu, které je v jejich očích spojeno s identitou „postiženého“ (Ellen Samuels in Kolářová 2012: 419).

Pokud je to možné, tak na toto téma (duševně nemocní) v hovoru mezi lidmi, kteří s tím nemají zkušenost, nenarážím. Něco jiného je to v rodině nebo s přáteli, kteří mě znají - tam se o tom mluvit může a klidně si to dovolím.

7.2 Nižší odolnost

Ruku v ruce s duševním onemocněním (DO) jde menší odolnost vůči stresu v různých podobách a nových situacích. Reakce na ně mnohdy neodpovídá „běžným“ reakcím „normálního“ zdravého jedince (tato slova dávám do uvozovek, jelikož neexistuje jednotná norma toho, co je běžné a normální, i když je to tak používáno a ostatní podle toho posuzováni).

Odborně se tato nižší míra odolnosti, zranitelnosti, nazývá vulnerabilita. K tomuto pojmu se vyjadřuje Herman a kol.: *„Slovem vulnerabilita označujeme jakousi biologicky podmíněnou zranitelnost nervového systému, která bohužel otevírá možnost reagovat mánií nebo depresí na vnější zátěž“ (2004: 22).*

Orel mluví o velkém vlivu okolních faktorů a to zejména v neočekávaných situacích. *„K faktorům, které obecně zesilují zátěžové a stresové situace, patří především situace ztráty, pocit neovlivnitelnosti, neočekávanosti a nezvladatelnosti dané situace a tlak vyžadující příliš mnoho změn“ (Orel a kol. 2012: 39).*

To naprosto souzní s mojí situací, kdy se moje stavy „rozvlní“. Bývá to nejistota z budoucna a strach. Pocit nemožnosti ovlivnit budoucí dění, strach z absence pracovního místa, peněz apod. To jsou věci, které řeší téměř každý, ale u DN se tento strach zvyšuje a může mít negativní dopady ať už v podobě apatie nebo přehnané aktivity v podobě hypomanie, což bývá u mě.

7.3 Povolání, kariéra

Na propuknutí duševního onemocnění mají, jak jsme již uvedla, vliv tíživé a dlouhodobé faktory, k nimž patří stres spojený s obživou, tedy chozením do práce a vyděláváním na „živobyť“. Vysoké nároky na odvedený výkon, snaha být dobrý, mít jakousi jistotu pevného pracovního místa a potřeba pracovně se realizovat ať už z důvodu pocitu naplnění nebo právě nutnosti finanční hotovosti. Často vedou k přepracovanosti, „sesypání“ se člověka a propuknutí DO.

Podobný jev popisuje i Vitz: „*This culture is marked by a self-interest and egocentrism that increasingly reduce all relations to the question: What I am getting out of it?*“ (1994: 156).

Vlastní překlad: „Tato kultura se vyznačuje sobeckostí a egocentrismem, který stále více redukuje všechny vztahy na otázku: Co z toho budu mít?“

Povolání, zejména v pečujících profesích, bývají mnohdy mnohem méně ohodnocená, než místo manažera, realitního makléře apod. Jenže s vyšším výdělkem jde většinou v ruku v ruce větší zátěž a stres a menší ohled na druhé. Vitz se zmiňuje i tomto jevu:

„...*Society's fascination with self-aggrandizement makes many young people judge all relationship in terms of winning and losing points. For both sexes in this society, caring deeply from anyone is becoming synonymous with losing*“ (Hending, The Age of Sensation p.13 in Vitz 1994: 156).

Vlastní překlad „...Okouzlení společnosti zveličováním sebe sama nutí mnoho mladých lidí k tomu, aby posuzovali všechny vztahy z hlediska výhry a prohry. Přílišná laskavost se stává pro obě pohlaví synonymem ztráty.“

Toto jsem již ilustrovala na různých definicích a výpovědích o důvodech nemocí. Zdůraznila bych právě nesplněná přání a plány, které vedou k negativnímu sebeposuzování člověka, který se pak cítí méně hodnotný, protože nedokázal to, co ostatní. Kdo má ale tu moc a oprávnění, aby řekl, že tohle je správné a tak to má každý dělat?

7.4 Změna ekonomické situace

V souvislosti s ekonomickou situací musí duševně nemocní jedinci často řešit úbytek financí. Dříve byli zvyklí mít určitou výši platu, ale najednou berou buď „nemocenskou“ nebo jsou nuceni zažádat o invalidní důchod. Pokud jim invalidní důchod (ID) není přiznán, zbývají dávky v hmotné nouzi nebo pokud se o nemocného stará jeho rodina či partner, tak příspěvek na péči. Jejich ekonomický kapitál se tak velmi mění. Pro uznání těchto dávek však existují určitá pravidla jako nutná doba pojištění, to zda žije osoba ještě s někým v domácnosti apod.

Uvedu ukázkou výpovědí tří matek synů se schizofrenií.

Matka 1: „Eště takovou perličku. Za to, že jsme nikdy nebyli hospitalizovaný a zvládli jsme to doma sami, tak chtěli synkovi snížit důchod. Tak co je pro stát výhodnější? Když my jako na to budeme kašlat a chlapec bude mít, já nevím kolik hospitalizací, a my budeme mít zdravou hlavu nebo když my to voddřem a šetříme státu peníze, tak jemu snížej důchod? Tomu já říkám **administrativní ozdravění národa**. Evropská unie nás sekýruje za to, že máme moc invalidních důchodů.“

Další z matek syna se schizofrenií si stěžovala, že synovi nepřiznali důchod s tím, že nežije sám a ať ho živí někdo jiný:

Matka 2: „On nepadá do tabulek a bere jen 800 pečovatelskej příspěvek. Že má doma přítelkyni, která se má vo něj postarat. To kdybyste dostávala nějakou sociální dávku, ale nemůžou to říct vo důchodě.“

Matka 3 vypráví: „Od té doby, co ho pustili z vojny, tak už neměl normální zaměstnání. Pak už ho to po tejdnu vyhazovali.“

Na toto téma jsem našla i článek v časopisu *Sociální práce* 1/2008 s.33-35 pod názvem *Nemocný člověk si sám mnohokrát neuvědomuje, že jsou jeho práva porušována*. V časopise odpovídá Jana Pěčová ze sdružení Eset-Help na otázky autorovi článku Petru Bajerovi.

Autora článku zajímá, zda chtějí klienti sdružení Eset-Help, které pomáhá lidem s DO, pracovat a jak se jim daří práci nalézt. Pěčová mu na to odpovídá:

(Péčová): „Většina klientů chce pracovat. Někteří, kteří byli vinou nemoci nuceni přerušit studium střední či vysoké školy, by si rádi i doplnili vzdělání, jiní by se rádi requalifikovali. Celá oblast práce při invalidním důchodu je nedostatečně ošetřena. Nemocní se bojí, že přijdou o důchod, když budou pracovat, a nevěří si, že by práci zvládli (někteří to opakovaně zkoušeli). Přitom většina onemocní už v mládí, **nechtějí být celoživotně odkázáni na důchod.** Věřím, že u většiny platí, že pokud by měli potřebnou podporu, práci by zvládali. Ideál bychom si mohli představit tak, že by každá práce při invalidním důchodě mohla být podněcována bonusem, který by nemocný za to, že se snaží, mohl dostat.“¹⁰

Toto je přesně moje situace. Onemocněla jsem v době studia druhého ročníku oboru Německý jazyk pro hospodářskou praxi na zdejší univerzitě. Studium mi šlo, měla jsem odjet na semestrální pobyt do Německa. Pak bum a vše se sesypalo. Bylo to strašné. Studium jsem si nejprve přerušovala, nakonec jsem ho musela ukončit. Poté jsem byla na rodičovské dovolené. Neměla jsem dokončené vzdělání a žádnou praxi, takže ani po roce hledání práce jsem žádnou práci nezískala. Na jednom pracovním pohovoru se mě paní zeptala, proč jsem nedostudovala, tak jsem odpověděla, že ze zdravotních důvodů.

Invalidní důchod (ID)

Několik dalších informantů si stěžovalo na špatnou ekonomickou situaci. I když by měli partnera, nemohou se osamostatnit, protože by neměli na nájem či splácení hypotéky. Na internetu jsem našla v souvislosti s důchody zajímavé informace, které bych nyní použila. Jde o informace Krajské správy ČSÚ v Pardubicích. Jedná se o článek *Důchody v pardubickém kraji 2013*.¹¹

¹⁰ BAJER, Petr. Nemocný člověk si sám mnohokrát neuvědomuje, že jsou jeho práva porušována v časopise *Sociální práce* 1/2008 s.33-35.

¹¹ Český statistický úřad: Důchody v pardubickém kraji ta rok 2013. www.csoz.cz: Krajská správa ČSÚ v Pardubicích [online]. [cit. 2015-03-]. Dostupné z: http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/duchody_v_pardubickem_kraji_v_roce_2013

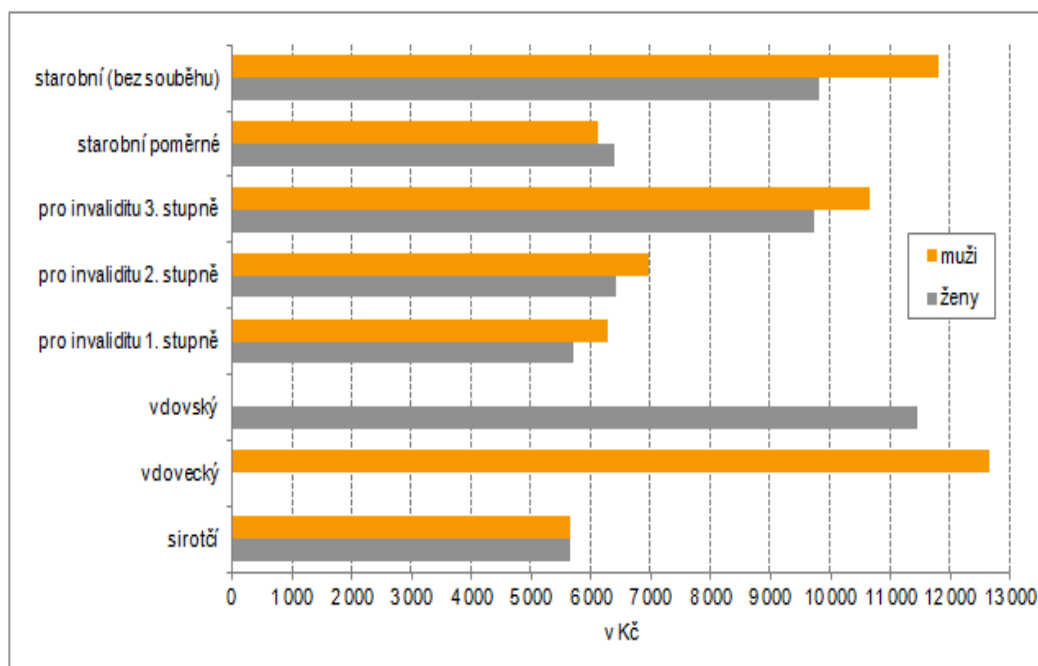
Mluví se zde o tom, že v roce 2010 byla provedena změna v posuzování a nazývání důchodových dávek. Dříve se ID dělil jen na plný a částečný, ale od tohoto roku už na tři stupně invalidity. U 1. stupně se snižuje pracovní neschopnost o 35 % až 49 %. U 2. stupně o 50 % a nejvíce o 69 %. A třetí stupeň, tedy dříve plný invalidní důchod, o 70% a více. Toto procentuální vymezení stanoví zákon.

Článek dále konkrétně vypisuje informace, týkající se Pardubického kraje.

„V Pardubickém kraji v prosinci 2013 splňovalo podmínky pro výplatu některého z důchodů 144 629 osob. Mezi příjemci bylo 58 310 mužů a 86 319 žen. Z celkového počtu příjemců důchodů starobní důchod bez souběhu s vdovským nebo vdoveckým pobíralo 59,8 % osob vdovský důchod, 19,5 % osob invalidní důchod, 15,6 % osob vdovecký důchod, 3,6 % osob a sirotčí důchod 1,6 % osob.“ (tamtéž)

Článek hovoří dále o snížení důchodů a invalidity **3. stupně o 458 osob**. Také zmiňuje, že „v případě invalidních důchodů představovali větší část příjemců **muži pro 3. stupeň invalidity (54,8 %) a pro 2. stupeň (53,7 %)**. **Ženy** příjemkyně převažovaly pouze v případě invalidních důchodů 1. stupně (50,5 %). Více než polovina příjemkyň důchodů (53,6 %) pobírá starobní důchod. U mužů starobní důchod převažuje výrazněji, pobírá jej 69,0 % z nich.“ (tamtéž)

Tabulka z tétož zdroje znázorňuje tento jev graficky.



7.5 Změna sociálního života

Propuknutí duševního onemocnění naruší celý život nemocného, zejména sociální vazby a to jak jeho, tak i rodiny a přátel. Dalo by se předpokládat, že ho zcela izoluje nebo má jen negativní důsledky. Mnohdy tomu tak je, ale někdy také ne. Setkala jsem se během svého výzkumu s několika variantami této situace. Často se stává, že se některé původní vazby přeruší či zcela zaniknou. Nemocní nebo jejich partneři či rodina však často naváží nová přátelství. Může jít o osoby, se kterými se setkali během hospitalizací nebo se stanou členy organizací pomáhajících nebo sdružujících pacienty s DO. Sami informanté mají se změnami sociálních vazeb často jak pozitivní, tak negativní zkušenosti. Jejich sociální kapitál se tak na jednu stranu ochudí, ale často také rozšíří.

V souvislosti s tímto tématem jsem pokládala několik otázek: *A co přátelé, zůstali ti nějaký z dřívějšíka? Myslíš si, že ti dala duševní nemoc i něco dobrého, nějak tě obohatila? Co si myslíš/te, že nejvíc pomáhá nebo naopak ztěžuje léčbu a život s duševní nemocí?*

Různé proměny sociálních vazeb

Nemoc a její projevy způsobí proměny sociálních vazeb nejen samotného nemocného, ale i jeho rodiny a okolí, pokud nežije sám. Při svém výzkumu jsem se setkala s těmito variantami změn:

1. izolace ode všech lidí a úprava režimu pro vlastní soběstačnost
2. izolace od lidí se stejnou nebo podobnou zkušeností, ale pomoc od rodiny a přátel
3. vyhledávání a setkávání se s lidmi se stejnou zkušeností - kluby či aktivity organizací pracujících s duševně nemocnými nebo účast ve svépomocných skupinách ať už s lidmi, nebo virtuálně po internetu (fóra)
4. kombinace těchto variant

Izolace

Zkušenost s ochuzením vazeb a určitou izolací zmiňuje otec syna se schizofrenií. (Otec), který je ředitelem školy v menší obci: „Jó to změní, de facto ten člověk je vyčleněnej částečně z toho života. Mladej dělal rybařinu, chodil na ty schůze. Teď tam nejde.“

Podobnou zkušenost má i informant se schizofrenií 32 let, léčí se 7 let, který mi odpověděl na mé otázky písemně: „Jsem spíše doma - četba, filmy. Dříve jsem žil hodně zábavou s kamarády.“

Paní H., která se léčí s BAP 12 let o tom hovoří takto:

p.H: „**No právě, že ty normální kamarádi se ztratili. Přestali jsme se kontaktovat.** Že jo, tam ta vazba, i když jsem byla doma, tak já jsem stejně nebyla schopná návštěvy nebo komunikace. Já jsem nevěděla co, proč, vo čem, nic prostě. To nevíte nic. Vám někdo něco říká, tak to zkusim. Jsem jak vopice, jenom co mi kdo řekne.“

Rozdílný náhled nemocného a jeho rodiny

S proměnou sociálních vztahů souvisí do značné míry i rozdílný náhled na nemoc. Samotným jedincem, který jí trpí, je nahlížena jinak než jeho rodinu či přáteli a okolím. Je to dáno už z logiky věci - neprožitím si nemoci a neschopností představit si co ta která nemoc obnáší. Mohou se domnívat, že u deprese se jedná o lenost, u manické fáze BAP o nezodpovědnost a u schizofrenie např. ostudu či naschvály. V lepším případě je pacient chráněn rodinou od dopadů a pocitů, které okolí při jeho nemoci má.

Dále je to také způsobeno nepamatováním si svého akutního stavu, zejména u manické fáze BAP a bludů a halucinací u schizofrenie. Hovoříme o tzv. „chybějícím náhledu na nemoc“. Uvedu tento rozdíl na ukázce z rozhovoru, kde je patrné, že pohled syna a matky je jiný.

Pan P. (schizofrenie), který se s ní léčí 15 let, nemá podle svého názoru negativní zkušenosti. Podle mého názoru je to ale dáno velkou měrou podporou jeho rodičů. Nikdy nebyl hospitalizován, chodí do práce pro osoby s DO. Nikam nechodí, a pokud ano, tak většinou s rodiči. Podle svých slov je svou situací spokojený a podle svého názoru jim zůstali staří přátelé.

Zde je úryvek z našeho rozhovoru:

D: „A co třeba přátelé? Když byste porovnal třeba, jestli se vám stalo, že někteří přátelé se od vás třeba odvrátili z těch, co vás znali dříve, než jste onemocněl a potom nebo jste se s tím nesetkal?“

P: „Já jsem těch přátel moc nemám, ale nevrátili. Ty naši rodinní přátelé, ty už máme několik, hodně let jako a to se nestalo, že by na mě někdo nahlížel jako na blázna nebo na idiota prostě. To není pravda jako tohleto.“

Jeho matka ale má jiný názor. Odpovídá v souvislosti s mou otázkou *A myslíte si, že ta nemoc nějak změní sociální kontakty toho člověka i tý rodiny a okolí?*

Matka pana P.: „Nesmírně. To je to, co jsem říkala, že nás vopustili kamarádi. Ono mu to dá sežrat okolí. My jsme taky přišli o několik přátel, který nás přesvědčovali, že se se synem moc mažem, že by postupovali jinak.“

Já když jsem dělala rozhovory s mou sestrou a manželem, také mi potvrdili, že si některé věci nepamatují.

Jak jsme již uvedla, existuje i varianta, kdy se nemocný nechce stýkat či nevyhledává vztahy s duševně nemocnými s podobnými zkušenostmi. Důvodem je zejména snaha zapomenout a nepřipomínat si svoje nedostatky a limity.

Nevyhledávání lidí se stejnou zkušeností

Ptala jsem se na tento jev kamarádky s depresí. Otázka zněla: *Stýkáš se s někým z nemocnice?*

Moje kamarádka paní J. léčící se 17 let s depresí k tomu říká:

p.J: „Já se ani nemusím vídat s těma lidma, co se sami lécej, jo že někdy nechci poslouchat ty jejich nějakým způsobem, jak jo, ale nevyhledávám je.“

Mé bývalé psychiatřiče jsem kladla také podobnou otázku, jen jinak formulovanou: *Myslíte, že duševně nemocní se s tou svojí skupinou spíš ztotožňují nebo se od ní spíš distancují. Jestli to je individuální. Třeba jak jste se s tím setkala?*

Dr.H: „Zase to je jsou lidi, který chtěj znát ty lidi stejný, který maj taky tuhle zkušenost a s nima se sejít, ale zvlášť **spíš u mladších lidí vnímám, že chtěj bejt zařazený do tý tzv. „zdravý skupiny“ a nechtěj a moc ani nestojej vo ten kontakt. Třeba jen o takovej náhodnej, o předání zkušeností, ale rozhodně tam nechtěj těžce navazovat ty kontakty.** Dokonce tohle dělaj i děti, že nechtěj patřit do tý skupiny.“

O tomto jevu píše i Goffman: *„Pouze okrajový zájem o sdružování mají bývalí pacienti psychiatrických léčeben - jen nemnoho jich je v současnosti ochotno podporovat kluby duševního zdraví (navzdory neškodným názvům), které svým členům umožňují scházet se bez velkého rizika okamžitého odhalení“* (Goffman 2003:32).

Musím upřímně říct, že já se raději také setkávám se zdravými jedinci. Nepřipomíná mi to tak to, že jsem jiná. Pokud ale potkám některého známého z léčeben, bavím se s ním a nevyhýbám se mu. Je rozdíl mezi tím, když je vám dobře a když ne. Pokud by ale nastala situace, že by se můj stav zhoršil, přišla by mi skupina osob, které potkalo něco podobného vhod. Známe to všichni, že postěžovat si někomu, kdo má podobné zkušenosti, je občas příjemné.

Mnohým však pomáhá setkávání se se stejně postiženými. Zapojí se do různých svépomocných skupin či klubů pro duševně nemocné. Je to dáno zkušeností a hledáním odpovědi a pomoci u jiných. Můj informant pan M. s BAP k tomu dodává:

p.M: „Ze sociálního pohledu hodně komunikuji a setkávám se s ostatními pacienty s bipolární poruchou. To bych nedělal, kdybych nemoc neměl.“

Matka 1 mluví o svépomocné skupině, kam dochází již mnoho let.

Matka 1: „My jsme jako žádný sdružení založit nechtěli. My jsme prostě volali po pomoci, abychom jako rodiče, nás někdo slyšel a nás podržel, protože my jsme drželi ty naše děti.“

Kombinace variant

Různé varianty dohromady jsem našla u své dlouholeté kamarádky paní M. léčí se s paranoidní schizofrenií 11 let.

Paní p.M. má spíše negativní zkušenosti s postojem a jednáním zdravých lidí. Její matka ji nepodporuje, manžel se s ní rozvedl. Za posledních 10 let měla jen partnery, kteří sami měli nějakou psychiatrickou diagnózu. Říká: „Vzalo mi to koníčky, přátele.“ Když jsem se ale ptala, jestli jí nemoc přinesla i něco dobrého, odpověděla: „Víc si věřím, scházím se s lidmi, se kterými si rozumím.“

Zmiňuje ale také počáteční strach a obavy z přijetí nemoci. Říká: „Na začátku jsem měla strach. Musela jsem přemýšlet komu to říct a komu ne.“ Zároveň se ale stýká s lidmi, se kterými se seznámila v nemocnici a je dlouholetou členkou Organizace pracující s lidmi s duševním onemocněním. Účastní se jejich aktivit a byla zde zaměstnaná jako číšnice.

D: „A scházíš se s někým z p.nemocnice?“

M: „Tak dvakrát týdně.“

D: „A jsou tu ženy nebo i muži?“

M: „Spíš ženy.“

Přišla tedy o staré přátele, zejména z doby svého manželství, našla ale nové z nemocnice a zejména z Organizace starající se o lidi s DO. Se svým budoucím manželem se taktéž seznámila v jedné léčebně. V poslední době něj spoléhá a on ji velmi hýčká a pomáhá jí. Bez něj by podle její výpovědi skončila v nemocnici (dříve byla hospitalizována několikrát během jednoho roku).

Změna režimu dne

Se změnou sociálního života často souvisí změna denního režimu nemocného. Chodí dříve spát, je víc unavený, některým prostředím se musí vyhýbat, protože se tam necítí dobře. Pacient by také měl co nejvíce zpravidelnit a strukturovat svůj režim. Uvedu ukázkou z rozhovoru s mojí kamarádkou paní M. schizofreničkou:

D: „Mohla bys mi popsat svůj denní režim?“

M: „Vstávám v 5 hodin, setřu, dám nádobí do myčky, prádlo do pračky, někdy uvařím. Pak nic. Na televizi se dívám každý den. Na Ulici a Ordinaci.“

D: „Aha, to se zvládneš dívat na televizi večer a jdeš spát až pak?“

M: „Ne na Ulici se dívám odpoledne a Ordinaci mám nahranou. Jak je tma, mozek je na tom špatně, jsem už unavená, mozek špatně zprostředkovává. V 17 hodin chodím spát.“

S paní M. jsem se seznámila během své první hospitalizace a byly jsme na pokoji spolu téměř 2 měsíce. Naše režimy byly rozdílné. Paní M. je zvyklá brzy vstávat, ale také brzy chodit spát. Vždy, když jsem k ní sama nebo s manželem jela na návštěvu, nesmělo to být moc pozdě. Se svým denním režimem je už sžitá a nepřijde jí to. Mně je jí líto, protože je to krásná žena, která pracovala ve školce a pak jako kosmetička a vím, jak jí nemoc totálně narušila celý život. Naštěstí jí je po mnoha letech útěchou a velkou pomocí pan H.

pan H. (schizofrenie), léčí se 29let

Na otázku, zda mu zůstali nějakí přátelé z dřívější doby, odpovídá: „Ne, všichni odpadli, nevědí, jak se ke mně mají chovat.“ Krátce na to ale odpovídá: „Nějaký starý mi zůstali“. Navázal některá přátelství v práci, ale žije teď posledních několik let jen vztahem s paní M., kterou velmi miluje a říká, že ho zachránila. Letos se budou brát. Vystačí si tedy sami.

Paní M. a pan H. mají stejnou diagnózu – paranoidní schizofrenie, avšak schizofrenní projevy jsou u nich léky potlačeny. Mají spíše už jen úzkosti a deprese. Jejich izolovanost je dána také změnou a úpravou denního režimu, který mají, aby byli schopni fungovat. Vím, že pan H. nemá stejný režim jako paní M., tak mě zajímalo, jak to praktikují. Pan H. o svém režimu říká:

D: „ A vy musíte ten denní režim dost sladit, že? Ale ty nechodíš spát tak brzo vid’?“

H: „Vstávám v 6 nebo 7 hodin, oholím se, vyčistím si zuby, obstarám kočky, kupuju pro M. cigarety, občas vařím, odpoledne jdu do práce. Večer si chvilku čtu, nemám na to ale trpělivost. Krátký článek na internetu a už mám dost.“

Můj informant pan M. s BAP o svém režimu říká: „Denní režim je teď více pravidelný. Souvisí to i s medikací.“

Matka 1 syna se schizofrenií o jeho režimu vypráví: „Odmítáme vstávat. No voni jsou unavený, jim dlouho trvá, než nahodí motor. Synovi trvalo 12 let, než se zpacifikoval a teď už vstává do té práce sám. To je vždycky otázka musím tam jít?“

7.6 Zvýšená potřeba pomoci

Duševně nemocný je stejně tak jako jiný handicapovaný jedinec často odkázán, pokud má štěstí, na pomoc rodiny. Bývá to tak ve vysoké míře. Mí informanté - rodiče mluvili o tom, že často poskytují svým dětem, pokud jsou ve špatném stavu, i základní péči např. je umývají, vodí na záchod, krmí apod.

Poznala jsem to já sama a zažívám to již 9 let neustále. V depresivním i manickém stavu mi rodiče chystali jídlo a seděli u mě, dokud jsem něco nesnědla. Když byla deprese, tak nebyla chuť, protože člověk neměl sílu na nic. Když naopak mánie, tak zase neměl čas na něco tak banálního jako je jídlo. Musela jsem přerovnávat věci.

Pomoc rodiny či přátel mí informanté zmiňovali jako zcela nutnou k tomu, aby s jejich stav zlepšil nebo vydržel ve stabilizovaném stavu.

Já sama to mám také tak. Moje matka, sestra i manžel museli vyvinout velké úsilí, zejména na začátku nemoci a vlastně i nyní, abych byla tam, kde jsem nyní. Rodina poskytuje jistotu, i když nemocný vlastně žádnou jistotu nemá, protože neví, zda vůbec a kdy se jeho stavlepší a jak dlouho zlepšení potrvá.

Mnozí rodiče, kterým není osud jejich nemocného dítěte lhostejný, a mají dost síly na to zkoušet, co se dá, prochází různými pokusy, jak pochopit co je nejlepší a jak pomoci co nejlépe. Vypozorují po čase jak se zachovat.

Při skupinovém rozhovoru s rodiči jedna matka schizofrenního syna vzpomínala:

Matka 2: „Já když to začínalo, tak jsem chodila i na diskotéky. Ne, že bych já řádila, ale vidět, jen vidět, jak se chová. Jak na něj působí ten hluk. Já jsem prošla takovejma, jó, co člověk musí zkoušet, co na něj zabere a co ublíží.“

Rodiče pak mohou být nahlíženi jako divní nebo jejich děti považovány za mazánky, ale nikdo už neví, že je to nutnost.

Pocit zlosti a strachu

Pokud člověk onemocní v mladším věku např. krátce po dvacátém roce, je jeho zlost na osud, Boha nebo jak si to nazve, o to větší. Musí proto využít pomoci svého partnera nebo rodiny, pokud ji má a jsou ochotní ji poskytnout. Je to potom pro něho ponižující.

Murphy (2001) k tomuto poznamenává: „...*u lidí postižených náhle a u mladých je zlost mnohem větší, protože k jejich handicapu dojde příliš rychle na to, aby mohl být vstřebán, a vrhá stín na celý jejich život. Druhá polovina zlosti je situační; je to reakce na frustraci nebo na pociťované špatné zacházení*“ (Murphy 2001: 91).

Jak jsem již uvedla výše, ten vztek na to, že vám nemoc „vzala váš dřívější život“ mnohdy přetrvává. Někdo se s tím smíří zcela, jiný ne. Záleží opět na věku, druhu nemoci, vzdělání, šířce sociálních vazeb, socioekonomické situaci apod.

Moji informanté zmiňovali různý věk, kdy nemoc propukla. Obecně je nejrizikovějším věkem 18 - 30 let. Velmi často se hledá příčina hlavně v následné terapii. Často ale nejde o jednu věc, ale o souhru vícero faktorů.

Saksová ve své knize *Střed se hroutí zevnitř* tuto situaci popisuje:

*„A tak jsem 8 měsíců po první hospitalizaci - tehdy jsem marně doufala, že se všechno rychle spraví, a začala jsem žít ten podivný dvojí život „jsem studentka/jsem blázen? Vyčerpaně jsem nastoupila do Warnefordu ke své druhé hospitalizaci. **Ted’ už jsem oficiálně patřila mezi ty pacienty, kteří se „vrátili**“ (Saksová 2011: 82).*

Pokud jste někdy byli v psychiatrické léčebně, vzpomínky obvykle nebývají příjemné. Pokud je to poprvé, jste rádi, že je to za vámi. Věřte, že už se to nikdy opakovat nebude. Pokud k tomu ale dojde podruhé nebo potřetí, už

jakoby jste prohráli. Čím delší časové období uplyne od doby opětovného vypuknutí choroby, tím je to horší.

Já to přirovnávám k pocitu, ženy, která touží po dítěti, je těhotná a opět potratí. Velká bolest, smutek, ztráta a pocit marnosti.

8 Změna statusu jedince

Lidem se často vlivem duševní nemoci a následných změn v životě mění jejich status. Je to jev, o němž se zmiňuji na jiném místě této práce, kde jej můj informant nazývá „kariérou psychiatrického pacienta“. Záleží ale na tom, jak hodně jeho zdravotní stav a důsledky nemoci změnily jeho postavení. Pokud si již vybudoval dosti silnou pozici, o jeho nemoci se neví nebo jsou její dopady potlačeny a díky léčbě zvládá běžný režim, nemusí jeho nemoc jeho symbolický kapitál příliš ovlivnit.

Můj informant s BAP pan M. v této souvislosti odpovídá na mou otázku v emailu:

Stalo se vám někdy, že by na vás někdo negativně reagoval jako na duševně nemocného?

„Nestalo, ale zřejmě to bude tím, že je jenom málo lidí, kteří o mé nemoci vědí.“

Goffman hovoří o tom, že „*za jistých okolností může být sociální identita těch, s nimiž člověk je, použita jako zdroj informací o jeho vlastní sociální identitě, a to na základě předpokladu, že je tím, čím jsou ti druzí*“ (Goffman 2003: 61).

V souvislosti s duševně nemocnými to znamená, že jsou „házeni do jednoho pytle“ a nejsou jednotlivě posuzováni.

Nemusí ale vždy dojít jen k negativnímu nahlížení. Pokud se o jedinci zjistí, že nějakou chorobou trpí jako např. Robin Williams, Catherina Zeta-Jones apod., tak jejich status neklesá až tak horentně, protože už mají „něco za sebou“ a dokázali, že i přes nemoc jsou to plnohodnotní lidé. Jak jsem již zmiňovala u BAP, je to spojeno s mimořádnými schopnostmi. Je zde ale opět nasnadě otázka, co je čeho důsledkem.

Změna statusu ale také souvisí také se socioekonomickou situací. Pokud ta je dobrá, je i status lepší než v případě, kdy má jedinec finanční problémy.

Já jsem se zatím, až na výjimky, nesetkala s negativní reakcí po přiznání své nemoci. Spíše jsem byla obdivována. Na druhou stranu ale to, co si opravdu lidé myslí, nedozvím, takže vycházím jen z toho, co říkají.

Vztahy, rodina, děti

Na posuzování statusu jedince má do vysoké míry vliv to, zda žije v manželství a má rodinu či ne. Když má rodinu, která ho podporuje, je často schopen zvládat obtíže spojené s nemocí lehčeji, než jedinec, který je na to sám a chybí mu např. finance. Jak víme žena, která má děti, je nahlížena jinak, než žena, která děti nemá. Ta, která je nemá a navíc pokud nemá ani dobré místo, což duševně nemocní mnohdy nemají, je nahlížena negativněji než ta s dětmi. Když má dítě, o které je schopna se nějakým způsobem starat, nemá nemoc takové dopady na její status, protože má pořád status matky, který v naší společnosti hraje důležitou roli.

Já to tak vidím u sebe. Když jsem nechodila do práce a nemám ani dokončené vysokoškolské vzdělání, zachraňuje moje postavení alespoň to, že jsem matka.

Duševní nemoc naruší strukturu a vztahy rodiny i jejího blízkého okolí. V zátěžové situaci se prověří věrnost a schopnost podporovat a milovat i ve ztížených podmínkách. Mnohdy se stává, že partnerské vztahy či manželství nevydrží nebo vůbec nevzniknou nová.

Dle svého výzkumu, realizovaného at' už v osobních rozhovorech nebo písemných odpovědích informantů, docházím k těmto závěrům:

1. V případě SCHIZOFRENIE často v důsledku nemoci **jedinci nezakládají rodiny nebo žijí převážně s rodiči**. 2 moji schizofrenní informanté nemají děti a žijí s rodiči, partnerku si ani nehledají. Výjimkou jsou pár Paní M. a H., o nichž jsem se vícekrát zmiňovala. Pan H. je ale mimo nynějšího vztahu rozvedený a předchozího vztahu má syna. Manželka mu ale dělá problémy a dle jeho slov „mu ho nechce půjčovat.“

Jedna informantka se schizoafektivní poruchou, kterou jsem také zařadila do svého výzkumu, je rozvedená a bezdětná.

Při neformálním rozhovoru mi potvrdila můj názor na to, že schizofrenici žijí spíše sami či s rodiči informantka paní J., která pracovala 13 let v chráněné dílně, kde bylo nejvíc schizofreniků. Na mou otázku, zda mají rodiny, odpověděla, že bydlí buď sami, nebo ponejvíce s rodiči.

Zde uvedu úryvek z rozhovoru s mým informantem se schizofrenií panem P., léčícím se schizofrenií 15 let.

D: „Nepřemýšlel jste o tom, že byste někdy v budoucnu odešel od rodičů a založil rodinu?“

P: „V mejch letech? Já už se na vás mladý holky můžu jen hezky dívat v čtyřiceti pěti a usmívat.“

D: „No jo, ale to zas není tak hodně.“

P: „Mě by žádná nechtěla.“

D: „A myslíte si, že pokud takhle někdo hledá partnera, tak...“

P: „Já jsem si dal asi 10 inzerátů, ale k ničemu to nevedlo.“

2. **U BAP** je spíše typické, že tito jedinci rodiny zakládají.

Moje informantka paní H., trpící BAP 12 let, má 3 děti, ale žije jen se starším synem. Mladší dvojčata vychovává z rozhodnutí soudu jejich otec, protože ona by to ze zdravotních důvodů nezvládla. Dobu těhotenství však snášela velmi dobře a užívala si to. Nemoc se po porodu projevila depresí a později fázi mánie. Přesto ale měla další děti.

Můj informant pan M., léčící se 14 let, mi po emailu sdělil, že rodinu má - už dospělé děti a ty o jeho nemoci vědí. Napsal ale také, že dopady jeho nemoci vedly téměř k rozpadu jeho manželství. Onemocněl ale v pozdním věku, takže si rodinu založil ještě jako zdravý.

BAP a její projevy také ale mohou způsobit rozpad vztahu. Příčinou je často odtažitost partnera v době jeho deprese. Ta se projevuje v sexuálních vztazích vůči partnerovi, který tento stav těžce nese.

Hledala jsem na internetu nějaké fórum či svépomocnou skupinu pod anglickým názvem: forum, community bipolar disorder. Nalezla jsem skvělou stránku <http://ehealthforum.com/>.¹² Tato stránka obsahuje mnoho témat, která souvisejí s projevy bipolární poruchy. Mnoho jich souviselo se sexuálními dysfunkcemi a následnými problémy. Tato změna ve vztahu vedla často k rozpadům vztahů obojího pohlaví, zejména u partnerů, kteří spolu chodili.

¹² Ehealthforum: Mental Health Bipolar disorder forum. *www.ehealthforum.com: Mental health* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: http://ehealthforum.com/health/bipolar_disorder.html

Partneři se na tomto fóru ptali ostatních na radu a popisovali svou situaci. Mnoho dalších pisatelů sdělilo svou zkušenost a tím je podpořilo. Registrovala jsem se do této komunity a odpověděla na některé otázky týkající se např. vedlejších účinků léku Lamictal či tématu těhotenství a léku nebo partnerského vztahu.

Já - dítě mám, neplánovaně. Po porodu mi musela lékařka velmi navýšit léky a ty nemůžu vysadit, protože stačí ubrat něco a jsem „rozhozená.“ Pro mě a manžela to tedy znamená žádné další dítě. Je na mě ovšem vyvíjet velký tlak z okolí „pořídít“ pro našeho sedmiletého syna sourozence. Neustále musím odpovídat na otázku: *Vy nebudete mít druhý?* Musím tak vysvětlovat, že ze zdravotních důvodů nemůžu, abych nevypadala jako sobec nebo krkavčí matka. Tohle je tedy jeden z aspektů, který přináší DO.

Známé osobnosti, trpící BAP jako Petr Muk, Richard Müller i Martin Dejdar děti mají. Předpokládám ale, že jejich rodinný život dopady nemoci taktéž narušily.

3. U **DEPRESE** je běžné, že depresivní ženy i muži děti mají. Jak pro samotného jedince, tak pro jeho rodinu, je však nemoc a její projevy a dopady velkou zátěží a obrátí vše naruby. Vyžaduje nadlidské úsilí jak nemocného, tak jeho rodiny, pokud má vše fungovat alespoň nějakým způsobem. Pro partnera a okolí je nepochopitelné, že když není nic vidět, tak jak to, že nefunguje člověk jako obvykle. Zapomíná se na to, že je to nemoc a ne lenost či nechť, která se dá překonat vůlí.

Z mých informantů má 1 žena, 36 let, jednoho syna, kterému je 7 let. Těhotenství pro ni bylo naprosto skvělé a cítila se moc dobře. Problémy přišly opět později. Péče o syna je pro ni náročná. Druhé dítě raději nechce.

Informantka, která mi odpověděla písemně, má 2 děti a žije s přítelem. Péči jí však ztěžuje únava. Další informantka je již v důchodovém věku, měla syna (ten se z důvodu, kterému nikdo nerozumí, podpálil s celým domem. Z tohoto důvodu propukly u paní O. těžké deprese). Dále má dceru, ale ta se na ni zlobí, že finančně podporuje snachu s dětmi. Nemoc paní O. zastihla až „na stará kolena“, takže ji rozhodování o dítěti nepotkalo.

9 Přizpůsobení podmínek aktuálnímu stavu

Pokud se má duševně nemocnému vést lépe, je nejlepším prostředkem mimo léky pomoc rodiny. Ta ovšem musí zejména v době ataky nemoci přizpůsobit chod domácnosti i všechny plánované aktivity aktuálním potřebám nemocného. Může se jednat o hlasitost televize, rádia, návštěvy – a to jak příchozí, tak i návštěvu někoho jiného někde jinde. Velkou roli hraje také čas. Čas návštěvy divadla, kina, nákupu, délky dovolené apod.

V době mé nemoci jsem nemohla chodit do kina, nesnesla jsem nic nahlas, vše mě rušilo a rozčilovalo. I když se mnohé zlepšilo, i tak určitá omezení jsou. Když cítím, že už mi začíná být „nedobře“ a je to na mě moc, musíme se prostě zvednout a odejít nebo musím odjet alespoň já. Nejlepší je poté si jít doma lehnout. Jdu si také např. lehnout, když jsem u mé sestry (býváme tam s manželem a synem několik hodin). Výdrž a schopnost soustředit se je velmi narušena.

Pro ilustraci uvádím část z hromadného rozhovoru s rodiči pacientů s DO (mimo moji matku jsou všechny „děti“ rodičů schizofrenici). Hovoří matka syna se schizofrenií:

Matka 1: „Když jsme byli na dovolený, tak jsem musela jednak zavolat, že potřebujeme pokoj v přízemí, aby nás nedávali do patra a potom, když teda přijdeme, abychom pořád měli jeden stůl, protože kluk by jinak na jídlo nešel. Kdyby si tam někdo sed, tak jak si dovolil a tady bydlím já. No muž mě svým způsobem vodbivoval. Já jsem říkala, že pokud se budu stydět a neřekneme si, tak budeme mít zkaženou dovolenou. Tak jsem nacupitala na tu recepci a řekla to. Pak se dá říct, že jsme si to užili.“

Murphy (2001) píše o hlubokém dopadu nemoci na rodinu jedince:

„Přítomnost těžce handicapovaného, a tedy silně závislého člověka v rodině má výrazný dopad na celou její strukturu. Povaha tohoto dopadu závisí na tom, jak byla rodina soudržná v době před postižením, mění se ale taky podle pohlaví a věku a postiženého člena“ (Murphy 2001: 163).

Fyzické projevy nemoci

Při atace nemoci je pro depresi typická apatie a u depresivní fáze BAP také. U její manické fáze potom přílišná aktivita, euforie. Vše se projeví únavou organismu. O fyzických projevech schizofrenie se ale moc neví. Ty zažívají maximálně nemocní, jejich rodina a lékaři. Zde uvedou úryvek výpovědí dvou matek ze svépomocné skupiny rodičů. Hovoří o tom, že museli aktuální zdravotní situaci přizpůsobit své chování tak, aby svým dětem pomohli. Matka1 a otec syna se schizofrenií se o syna starali celodenně.

Matka 1: „Tak vona to není vůbec žádná sranda ani pro toho pacienta, protože já když si vybavím syna, jak trpěl jako zvíře, fyzicky, jak ho ty bludy vyčerpávaly. To byla snůška roztřesených nervů, šíleně ho bolela hlava, a jak byl normálně takovej mamko, jsme se mazlili, tak se na něj nemohlo sáhnout. Jeho snad bolela i kůže. Prostě byl celej mimo. Vykulený voči, mrtvolně bílej, okamžitě to vypadalo, že během toho záchvatu snad ztratil deset kilo. Celej propadlej, klepavej. No pohled pro bohy. Zažili jsme to dvakrát a víckrát to nepotřebujem.“

Matka 2: „Ty hlasy, to je šílenost, ty halušky. Je to sice chvíle, ale zdeptalo ho to. Modrou pusou, bílej, klepavku.“

Z těchto úryvků můžeme vyčíst, že DO obtěžuje a znepříjemňuje život nejen rodině a okolí, ale fyzicky trpí nejvíc jedinec, u kterého k atace dojde.

Já jsem měla a mám do určité míry dodnes, v těle takový neklid v rukou a nohou. V době propuknutí nemoci to bylo naprosto nesnesitelné. Nemohla jsem vydržet na místě a musela jsem pochodovat nebo chodit. Toto jsem často viděla na chodbě psychiatrie, kde pacienti neustále chodili tam a zpátky nebo šlapali na rotopedu, aby ulevili tlaku. U mě to bohužel nezabralo. Musela jsme počkat, až zaberou léky.

V současné době pociťuji tento neklid v situaci, kdy už jsem „přetažená“ tedy moc jsem namáhala v různé formě svůj organismus a on mi tak dává najevo, že chce odpočinek nebo změnu. Může to být dáno zbytkovými projevy nemoci, ale také vedlejšími účinky léků.

Změna rolí

V souvislosti s přizpůsobením se aktuálním podmínkám situace souvisí i změna rolí. Lidé, kteří trpí DO a jsou ve stabilizovaném stavu (remisi), často ale nějakým způsobem dopady nemoci pociťují. Tyto dopady je poté ve svém důsledku v různé míře omezují. Když chodí do práce, jsou mezi přáteli, chovají se určitým způsobem, ale pak přijdou domů, sejmou roli kamaráda, který je v pohodě. Už se nemusí „držet“ a mohou naplno začít např. únavu a podrážděnost. Hezky o tom hovoří Goffman ve své knize *Všichni hraje divadlo*:

„Snad nejzajímavější pro sledování řízení dojmů jsou okamžiky, kdy účinkující vystupuje ze zákulisí a vstupuje do míst pro obecnost nebo naopak, protože v těchto momentech můžeme pozorovat obdivuhodné navlékání a snímání role“ (Goffman 1999: 120-121).

K tomuto střídání rolí vede právě pocit studu a nepatřičnosti. Mimo Goffmanna píše o tomto jevu i Baštecká (2013):

„Člověk, který trpí pocitem studu, ztratil svou osobní identitu, přišel o pečlivě pěstovanou představu sebe sama, kterou ukazoval světu, a cítí se jako hlupák nebo padouch. Je porušen jeho sebeobraz“ (Baštecká 2013: 59).

Já sama jsem vlastně také takovou herečkou a střídám role. Navlékám je dle prostředí a přizpůsobuji svoji mluvu a chování dle situace a kontextu. Děláme to vlastně všichni mimo malých dětí. Já si ale musím dávat mnohem větší pozor a může to mít vážnější důsledky na reakci okolí.

10 Jak to chodí na psychiatrii aneb moje vzpomínky na léčebny

V této kapitole popíši mé zkušenosti, zážitky a vzpomínky z prvního a nejhoršího roku mého života - propuknutí a nejsilnější ataky nemoci v roce 2006 a podmínky a pocity z poslední hospitalizace před necelými třemi lety. Vysvětlím některé pojmy a popíši některé věci, které mě napadly v souvislosti s tématem mé práce.

Zkratkou P. a H. mám na mysli dvě léčebny v České Republice, kde jsem byla hospitalizována. V jedné na uzavřeném oddělení a druhé nejprve na otevřeném, později na uzavřeném oddělení. Nejvíce reflektuji rok 2006, kdy má nemoc vypukla a obrátila můj život zcela na ruby.

Nejprve bych zmínila některé informace a pojmy, které jsou pro toto místo důležité. Popis je dle mých zkušeností.

Komunita - setkání pacientů, sester a lékařů většinou po ránu, kde se sdělí program den, datum, kdo slaví, kdo odchází. Někdy se zpívá, pacienti vypráví, jak se cítí, co budou dělat apod.

Otevřené oddělení - část léčebny nebo kliniky, kde je volnější režim. Je zde víc psychoterapie a pacienti mohou se svolením chodit i mimo areál. Většinou se zde snaží o snížení dávek léků a vystavení pacientů jejich strachu jako druhu léčby. Mohou se psát deníky, pacienti jsou v rámci terapie posíláni do míst, ze kterých mají strach, aby si postupně zvykali (expozice). To mi přijde jako dobrá věc, i když pro pacienta s panickou atakou či agorafobií je to moc těžké. Postupným zvyšováním doby určené pobytu v místě „děsu“ se zmenšuje tenze pacienta.

Uzavřené oddělení - část léčebny nebo kliniky, kde je pevný řád. Sem se dostávají pacienti po pokusu o sebevraždu nebo se sebevražednými myšlenkami, pacienti po akutní atace nemoci. Někde jsou rozdělena na mužská a ženská, někde jsou pacienti obojího pohlaví společně. Neprobíhá zde příliš velká nebo vůbec žádná psychoterapie, arteterapie nebo pracovní terapie ano. Návštěvy sem mohou, ale jen na pokoj či společenskou místnost, ven jen v rámci areálu.

Omezení soukromí, pohybu, kontrola věcí, mříže a nesvoboda

Já jsem při svém prvním pobytu v **nemocnici v P.** na uzavřeném oddělení hrozně trpěla tím, že se ke mně chovali jako k nesvéprávné osobě. Ven mimo areál se nesmělo, pokud se šlo ven, tak jen ve skupině. Léků se dávalo moc a měly hrozné vedlejší účinky. Utrpení a beznaděj. Kontrolovaly se noční stolky, věci. Měly jsme ale krásný pokoj s vlastní koupelnou, ledničkou, televizí a videem (mimo koupelny vám je ale vše ostatní ukradené, protože vám je tak špatně, že nesnese téměř nic).

Chování personálu na otevřeném a uzavřeném oddělení bývá dosti odlišné. Nepříjemné chování a jednání na uzavřeném oddělení je zřejmě dáno strachem, předsudky, jistou otupělostí, rutinou a usnadněním si plnění povinností. Pro ně je to normální, ale pro vás strašný šok a nezvyk. I moje rodina i přátelé byli z podmínek mého „zřetování“ léky a přístupu personálu v šoku.

V léčebně v H. v uzavřeném oddělení při mé poslední hospitalizaci (před necelými třemi lety) bylo samozřejmostí odložení veškerých ostrých věcí (nesmíte mít parfém ve skle, žádné zrcátko, někde ani sluchátka na hudbu, nabíječku, tužky a pastelky, dokonce jsem nesměla mít ani kleštičky na řasy). Nemáte u sebe ani fén, peníze. Přišlo mi absurdní, že nemůžu mít kleštičky na řasy, ale zrcadlo v koupelně bylo velké, takže se pacient mohl pořezat stejně.

Navíc pacienti jsou v pokusech o sebevraždu opravdu vynalézaví. Pamatuji si, že jedna žena v nemocnici v P., mnohem mladší než já tehdy, se podle jiné pacientky upalovala, škrtila, věšela, několikrát přeřezala žíly, zabíjela léky. Přitom když jste se s ní bavili, tak nevypadala depresivně - byla pořád „vysmátá“.

Když něco potřebujete, musíte si chodit na sesternu, kde vám to vydají.

V nemocnici v P. to bylo nejhorší. Byla zde sice větší svoboda v rámci odevzdávání věcí než v H., ale přístup personálu a jednání s pacienty byly

otřesné. Ačkoli jsou obě psychiatrická oddělení - tedy v P. i H. uzavřená, přístup je zcela jiný.

V tom prvním máte pocit, jako že jste nějaký odpad společnosti, na obtíž. Chovají se k vám skutečně jako k dítěti nebo nesvéprávnému. Chodí se ven, ale ve skupině - máte pocit jako ve školce. To vám moc nepřidá. Už i tak je vám špatně a tohle to jenom zhoršuje. Obzvlášť nepříjemné pokud jste ve stavu, kdy si to uvědomujete.

Neříkám, že všichni byli špatní, ale byla jich bohužel většina.

Na otevřeném oddělení jste bráni jako smutný případ, který se ale zlepší a jste povzbuzováni. Přístup zaměstnanců je zcela jiný. Tam se dostat je pro pacienty výhra. Můžete chodit sám ven, je zde lepší prostředí i přístup. Může se dokonce po dovolení odjet i mimo areál nemocnice.

Na otevřeném oddělení jsem byla v období deprese. I zde byla jedna sestra a sanitář nepříjemní, ale většina byla skvělá. To poznáte hned, jaký ten člověk je a jak na pacienty reaguje. Jistě se ale můžeme domnívat, že to bylo ovlivněno mým tehdejším stavem. Podobně pozitivně to ale působí i na návštěvy a rodinu, to vám potvrdí.

Nemocnice v P. uzavřené oddělení, rok 2006 - moje první ataka nemoci, převážně těžká depresivní fáze. Délka hospitalizace 3 měsíce, poté stacionář.

budíček - kolem 7 hod. Já jsem však nikdy nespala takhle dlouho, protože jsem byla na pokoji s paní, která vstávala v 5 hodin ráno, a pak se sprchovala a už nespala. Tím pádem jsem nespala ani já a taky jsem měla už od rána úzkosti, které jsou pro depresi typické, takže nebyla šance ještě usnout.

snídaně - kolem 7:30 na patře. Všechna jídla se přivázela v takových velkých nerezových vozech. Podle různých diet byla rozdělena pod různými čísly. K obědu jsem většinou jedla to, co bylo a k snídani a svačině jsem se stravovala z vlastních zásob, které jsem si vozila z domů.

léky - sestřičky přinesly na pokoj kalíšky s léky a kontrolovaly, zda jste je snědli. Mně to nijak ponižující nepřišlo, protože jsme doufala, že mi najdou takové léky, abych už neměla úzkosti a deprese. Během mého pobytu se léky postupně měnily a zkoušelo se, co zabere. Nevýhoda u AD je v tom, že mají celkem dlouhou dobu nástupu účinnosti. Obvykle kolem 14 dnů až po měsíc, takže se čeká, kdy co zabere. Postupně mi zkoušeli různé kombinace, ale nic nezabíralo. Pamatuji si, že mi jedna doktorka řekla, že už nevědí co se mnou, že mi nic nezabírá. To byl celkem nepříjemný pocit.

Podle mé tehdejší zkušenosti měla uzavřená oddělní v nemocnici v H. 2 části A a B - pro muže a ženy zvlášť. V nemocnici v P. jen 1 oddělení pro všechny společné- nedělený stav, ani pohlaví.

vizita – probíhala většinou mezi 8 - 9 hodinou dopoledne. Prohlédly se desky s informacemi, lékař se zeptal, jak se cítíte apod. Prostě klasika.

dopoledne - pracovní terapie př. trhání molitanu, šití polštářů apod. (do oběda)

oběd - jídelna léčebny. 1 jídlo plus dietní pokrmy

léky- pokud je někdo po obědě má

autogenní trénink - dechová a relaxační cvičení na hudbu (pouští se CD a tam jsou pokyny co dělat). Probíhala po obědě před odpoledním programem.

odpoledne: pracovní terapie (opět ve stacionáři, totéž co dopoledne)

volno - návštěvy, procházka (vše jen v areálu nemocnice)

léky- mají všichni, různé druhy a množství podle aktuálního stavu a diagnózy

noční klid a spánek - od 22hod - 6:30

Nespavost? To příliš nehrozilo. Stačilo, když jste „sluplí“ v P. Dormicum za půl hodiny jste byli totálně umrtvení. V H. se dávat nesmělo, takže to bylo horší.

Také se mi jednou stalo, že mi sestra večer chtěla dát jiný lék, než jsem byla zvyklá brát. Já jsem to ovšem poznala podle tvaru a barvy. Ačkoli jsem jich za ty 3 měsíce vyzkoušela snad 8, tak jsem ale měla výborný přehled o tom, jaké vlastně беру.

Oni vás k tomu vlastně nutí sami mít přehled, protože když chodíte domů na propustky, máte na lístečku vypsanou přesnou gramáž a dávkování.

I přesto jsem velkou zastánkyní medikace pro DN. Bez ní to nejde, ovšem je potřeba najít tu vhodnou.

Je to jako vyjít z vězení a to doslova. O podmínkách na českých psychiatriích se moc nemluví, protože to příliš nikoho nezajímá. Pokud ano tak rodiče, blízké a pomocné organizace.

Já a moje rodina a někteří mí informanté jsme velkými zastánci změny přístupu v této oblasti.

Naštěstí je toto téma i u nás pomalu odtabuizovááno a to díky odvážným jedincům. Mám na mysli novináře Františka Růžičku, který trpí BAP a píše o tom. Dále Markétu Bednářovou, která napsala o své nemoci knihu *Vě stínech za zrcadlem aneb můj život s psychózou*.

Mezi světovými autory ať už z řad lékařů nebo pacientů se o tom mluví víc. Např. Elyn Saksová v knize *Střed se hroutí zevnitř* nebo Greenbergová *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*.

11 Prevence a následná pomoc

Důležitou roli v prevenci návratu nemoci hraje několik faktorů. Stručně a jasně je pojmenovává Herman a kol. (2004: 23-25). Já jsem si je nazvala „Faktory pro stabilizaci, prevenci a úzdravu“:

- 1. stabilní životní situace*
- 2. přátelství a pevné sociální zakotvení*
- 3. bezpečné a strukturované prostředí*
- 4. blízkost někoho, s kým je možné mluvit o zážitcích a pocitech*
- 5. vědomí účelnosti nebo směru vlastního života*
- 6. koníčky*
- 7. příležitosti v zaměstnání*
- 8. možnost zábavy a rozptýlení*
- 9. porozumění ostatních tomu, co se stalo*
- 10. dobrá fyzická kondice*
- 11. medikamentózní léčba bez výrazných nežádoucích účinků*
- 12. realistické očekávání a střízlivé naděje do budoucna*
- 13. pravidelnost, denní řád, životospráva*
- 14. sledování varovných příznaků*

Aby si jedinec udržel dobrý zdravotní stav co nejdéle, nebo alespoň schopnosti běžně fungovat jsou používány kombinace těchto strategií. U mě například nyní téměř všechny z tohoto výčtu. Ze začátku je nasazena medikamentózní léčba a psychoterapie. Dále pracovní terapie a později jsou nabalovány další. Můžu sama potvrdit, že je to pravda. Bohužel stačí větší výkyv v nedodržování řádu a můžete být „zpátky v pekle“.

Mí informanté často zmiňovali důležitost následné péče a tak bych zde uvedla jejich druhy a dělení dle Orel a kol. (2012):

Denní stacionáře – nejznámější a nejvyužívanější. Chodí tam obvykle pacienti ještě v době hospitalizace nebo krátce po ní. Co se týče personálu, tak zde bývá např. arteterapeut, psycholog, psychiatr apod.

Chráněné dílny, chráněná pracoviště a pracovní-tréninková centra

„umožňují zapojení klientů do pracovní činnosti, přinášejí smysluplnou pracovní činnost, pravidelnost v denním režimu, sociální kontakty a vazby i rozvoj specifických pracovních dovedností“ (Orel a kol. 2012: 19-20).

Tato forma je u nás velmi rozšířená – zejména kavárny, obchody apod. Pro klienty nebo později i zaměstnance je to výborná cesta k tomu, jak se naučit nějakému pravidelnému režimu. Navíc jim to navrácí pocit vlastní hodnoty jako člověka, přivydělají si k důchodu, ale zejména přijdou do kontaktu s lidmi a to jak nemocnými, tak zdravými. Můj informant pan P. se schizofrenií je v takovémto pracovišti zaměstnán a vypráví o tom:

P. „Já jsem si na to už tak zvyknul, že si neumím představit, že bych tam nechodil jo jako. Mně to baví, těší, dělám svůj obor, práci ve svém oboru. Taky jsem se tam v dílně naučil spoustu věcí: vázičky jsme dáli z pedigu, korále jsem mamce nadál. To je dobrý jako. Na jemnou motoriku, na ruce, na voči. Já jsem po operaci na voči, protože jsem špatně viděl.“

Chráněné bydlení, domy na půl cesty

„jsou určeny pro klienty, kteří nejsou zcela schopni zvládnout úplně samostatné bydlení, nemají podporu rodiny, ale není třeba, aby byli dlouhodobě hospitalizováni. Péče sociálních, popř. zdravotnických pracovníků se omezuje na nezbytnou pomoc s cílem posilovat kompetence a soběstačnost klientů“ (tamtéž).

Terapeutické kluby – tyto kluby jsou také hojně zastoupeny. Schází se zde klienti organizací pomáhajících DN. Pořádají spolu výlety, jezdí na různé akce. Tráví spolu čas. Pod odborným vedením tráví klienti čas jinde, než doma. Podle nálady, zdravotního stavu či výběru aktivit se mohou zapojit ti, kdo chtějí. Moje informantka paní H. s BAP mi vyprávěla, že také ráda jezdí na výlety, ale v době rozhovoru byla spíše v depresivní fázi, takže na to neměla sílu.

Svépomocné skupiny nemocných nebo jejich rodinných příslušníků

„poskytují nejen oporu a podporu, ale pomáhají i při řešení konkrétních (společných) problémů. Mohou se týkat např. závislosti na alkoholu, demence aj.“ (tamtéž).

Má zkušenost s touto následnou péčí je převážně dobrá. Problém jsem měla jen se stacionáři – jejich aktivity mi přišli banální a degradující, zejména v léčebně v P. Zde se především stříhal molitan na kousky. Já jsem si vybrala šití polštářů, což byla tehdy nejlepší možná volba. Jen byl problém, že jak jsem byla v tenzi a měla v těle neklid, bývala bych potřebovala šít víc polštářů, než jen jeden nebo jeho část.

V léčebně v H. byly i pohybové hry venku, což zejména pro muže bylo jistě dobré. Dále jsme se zde naučila ubrouskovou techniku na květináčích a tu rozvíjím dále na další produkty a pomáhá mi. Při poslední hospitalizaci před necelými 3 lety na uzavřeném oddělení v H. jsem se opět věnovala „ubrouskovce“ a také jsem dělala občas něco z korálků. Sama jsme si přivezla z domů materiál a barvy, tak jsme si mohla tvořit odpoledne sama.

Byla jsem klientkou Péče o duševní zdraví, které na Pardubicku tuto službu nabízí. Byla mi přidělena jedna sociální pracovnice, se kterou jsme sepsaly individuální plán a pravidelně se setkávaly střídavě v Pardubicích a u nás ve městě.

Dále moje matka navštěvuje svépomocnou skupinu rodičů pacientů s DN již od začátku mé nemoci. Zde si popovídá s rodiči a má podporu v aktuální situaci.

Dále využívám terapii u psycholožky, což bych nyní vyhodnotila jako nejpřínosnější.

12 Změny a zlepšení situace?

I když by se mohlo zdát, že situace je téměř beznadějná, existují našťastí v dnešní době určité aktivity, které se snaží o zlepšení nahlížení na duševně nemocné jako skupinu. Vysvětlují projevy a dopady nemocí, pomáhají hledajícím získat důležité informace. Tato pomoc je realizována prostřednictvím organizací, specializovaných časopisů, pořadů v televizi nebo svépomocných skupin a fór na internetu. V této kapitole popíšeme konkrétní formy pomoci.

Již několik let se mluví o změnách podmínek pro pacienty. Zejména se o to snaží ČAPZ - Česká asociace pro psychické zdraví. Vydává svůj časopis *Esprit*, kde popisuje různé snahy o zlepšení stávající situace.

Pokud bychom měli zlepšit situaci v oblasti psychiatrie, musíme se inspirovat zahraničím. Uvedu úryvek z relevantního vyjádření z časopisu *Psychologie Dnes*.

Jedná se o článek *Na psychiatrii přibývá pacientů s úzkostí*. Je to rozhovor šéfredaktorky Daniely Kramulové v Martinem Holým, vedoucím lékařem v Bohnicích. Holý vypráví o situaci v zahraničí a tamější strategii:

(Holý): „Například v Anglii, Holandsku, Itálii a Skandinávii je systém charakterizovaný výraznou redukcí léčeben a rozvojem komunitních služeb. Péče je organizovaná tak, že v jednom okrese je několik komunitních týmů, které pracují s pacienty, snaží se je zachytit, potkávat se s nimi v neformálním prostředí. Jsou tu nízkoprahová centra, kam pacienti docházejí. Pro každý region funguje i malé lůžkové oddělení, kam se člověk dostane při akutním zhoršení stavu. Často se někdo z komunitního týmu stává součástí týmu v léčebném zařízení. V tomto systému je mnohem víc propojená reálná každodennost klienta s hospitalizací, přechod je plynulý. V Anglii jsou také nejvíce rozvinuty asertivní komunitní týmy, které mají v péči problematické nespolupracující pacienty a mírně, vlídně, leč systematicky jim léčbu vnucují. Pokud pacient nepřijde, aktivně po něm pátrají“¹³

¹³ KRAMULOVÁ, Daniela. Na psychiatrii přibývá pacientů s úzkostí a depresí. *Psychologie Dnes*. 2011, č.10, s.9-11.

Ještě bych zmínila, co o tom říká Orel (2012) v knize *Psychopatologie*:

„Psychiatrická péče u nás je realizována především prostřednictvím sítě psychiatrických zařízení lůžkových, ambulantních a komplementárních. Pro zajištění efektivity v péči o potřebné je neodmyslitelná nejen spolupráce mezi jednotlivými složkami, ale také propojenost a návaznost na síť služeb psychologických, psychoterapeutických a sociálních“ (Orel M. a kol. 2012: 19).

Protistigmatizační aktivity

12.1 Organizace pomáhající DN v ČR

Konkrétně se jedná o pražské **Fokus**, **Eset-Help** a **Green Doors**, brněnský **Práh**, ostravskou **Animu Vivu** a slovenskou **Ligu za duševní zdraví**. (časopis *Sociální práce* 1/2008 s.1). Dále **Kolumbus o.s.** (dle rozhovoru s informantem)

Péče o duševní zdraví (PDZ)

Nejprve budu citovat něco o této organizaci z jejích internetových stránek:

„Spolek Péče o duševní zdraví více než 19 let pomáhá lidem žít s duševní nemocí. Díky snadné dostupnosti služeb pomůžeme v Pardubickém a Královéhradeckém kraji bezmála 700 lidem ročně, aby mohli žít spokojeně, samostatně a zvládali běžný život ve společnosti. Pomáháme lidem s vážnými duševními nemocemi, jako je schizofrenie, řešit sociální problémy a učíme je praktickým dovednostem potřebným pro život.“¹⁴

Tato organizace má **7 poboček v různých městech** a je pro klienty velkým přínosem. To mi zmiňovali jak mí informanté, tak je to také má vlastní zkušenost.

Zúčastnila jsem se akce „*Duševní nemoc v komiksu*“, kde žáci ZŠ dle scénáře sepsaného celorepublikovým ředitelem této organizace, psychiatrem Dr. Hejzlarem výtvarně znázorňovali takové střípky zážitků s duševní nemocí. Jednalo se zejména o schizofrenii. Obrázky byly vystaveny v místnosti, kde obvykle bývají besedy. Byly vytvořeny formou

¹⁴ Péče o duševní zdraví. www.pdz.cz [online]. [cit. 2015-03-7]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/>

koláže, potaženy ochrannými fóliemi a umístěny na zdi. Součástí akce byla i beseda s tímto lékařem. Celé akce jsem se zúčastnila a bylo to zajímavé. V poslední příloze je několik fotek z této akce.

12.2 Pomoc na internetu

www.stopstigma.cz - Projekt destigmatizace

Tyto stránky obsahují širokou škálu oblastí a informací. Jejich podtitul zní „*Stránky zaměřené proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění.*“¹⁵

Na těchto stránkách se píše o projektu *Změna*, který trval tři roky a to počínaje rokem 2004. Tento projekt měl napomoci změně pohledu na DN. Nejprve byla vypracována studie, která zahrnovala celou republiku. Z ní vyplynulo, že „*veřejnost považuje například lidi se schizofrenií za nebezpečné a nevyzpytatelné. Zároveň podle výzkumu dvě třetiny populace žádaly, aby se více hovořilo o duševním zdraví, poruchách a jejich léčbě*“ (tamtéž).

Je zde uvedeno, že tento projekt byl širokospektrální. Zahrnoval tiskové konference, vydávání příruček a letáků. K tématům duševní nemoci se vyjadřoval Jaroslav Dušek, Pavel Bém, Cyril Höschl. Taktéž byl zaměřen na změnu názoru politiků a to konkrétně konferencí v senátu a speciální videokazetou pro poslance. (tamtéž)

Česká asociace pro psychické zdraví (ČAPZ)

Stránka obsahuje hned pod svým logem své poslání: „*Pomáháme lidem s duševní nemocí i jejich blízkým. Požadujeme účinnější ochranu duševního zdraví. Prosazujeme rozvoj komunitní psychiatrické péče. Propojujeme nemocné a jejich blízké s odborníky.*“¹⁶

Titulní stránka vysvětluje existenci této pomoci. „*Potřeby lidí s duševním onemocněním jsou v České republice dlouhodobě přehlíženy. ČAPZ proto požaduje úpravu*

¹⁵ Stopstigma.cz. *O nás* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.stopstigma.cz>

¹⁶ ČAPZ - Česká asociace pro psychické zdraví: Úvodní strana. *ČAPZ - Česká asociace pro psychické zdraví* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.capz.cz/>

legislativních norem, která by vedla k lepší ochraně práv duševně nemocných, snaží se o změnu diskriminačních a stigmatizujících postojů veřejnosti a usiluje o realizaci projektů zaměřených na rozvoj komunitní péče“ (tamtéž).

PSYCHOLOGIE.cz

V *Psychologii Dnes* jsem narazila na odkaz na internetový seriál na *Psychologie.cz* s názvem Seriál **Můj život s diagnózou** od novináře Františka Růžičky. Jedná se o krátké příběhy ze života s BAP, kterou onemocněl v roce 1995. Popisuje, jak mu je, s čím bojuje, jak žije. Můžeme si od něj přečíst 25 článků.¹⁷

ehealthforum.com¹⁸

Jak jsem již uvedla v kapitole Dopady duševní nemoci, je toto fórum prostorem, kam se mnohou obrátit hledající se svými dotazy na všechna možná témata týkající se jakékoli nemoci. Pokud má někdo podobný zážitek, často mu poradí a podělí se o svou zkušenost.

12.3 Tištěné časopisy

Psychologie Dnes¹⁹

Tento časopis odebírám už 5 let (2010 - 2015) a mám ho velmi ráda. Píší zde odborníci z různých oborů (psychologie, psychiatrie, média, genetika aj.). Časopis řeší aktuální společenské jevy a problémy. Je to podáno skvělým způsobem i pro neoborníka. Objevují se témata deprese, antidepresiv (nejvíc souvislosti s USA), občas schizofrenie, BAP, autismus, OCP (obsedantně-kompulsivní porucha), panické poruchy, psychózy aj.

¹⁷ RŮŽIČKA, František. Psychologie.cz: Seriál Život s diagnózou. [online]. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/serial/zivot-s-diagnozou/>

¹⁸ Ehealthforum: Mental Health Bipolar disorder forum. *www.ehealthforum.com: Mental health* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: http://ehealthforum.com/health/bipolar_disorder.html

¹⁹Portál.cz: Psychologie Dnes. *www.portál.cz: Psychologie Dnes* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/pd/>

*Esprit*²⁰

Tento časopis není běžně k dostání. Narazila jsem na ně na stránkách ČAPZ. Nevychází pravidelně, ale jen občas. Můžete si požádat emailem o jeho zaslání a oni vám ho na vaši adresu bezplatně pošlou.

12.4 Televize

V televizi se občas objeví nějaký pořad speciálně zaměřený na tematiku DN nebo se toto téma objeví i jinde. **Velkým destigmatizačním médiem je Česká televize.** Nejvíce kanál ČT2 a archiv České televize na internetu, kde si můžete vyhledat jednotlivé pořady. Jedním z nich je **Diagnóza**²¹. Občas se některé příběhy objeví v dokumentu **13. komnata** (Ladislav Frej, Klára Pollertová-Trojanová aj.)²² a **Záhady duše**²³ - 12.dílý seriál (mj. záhada psychózy, záhada deprese, záhada schizofrenie).

Občas se také vyjadřují odborníci i ve zprávách a diskusních pořadech, zejména pokud nastane situace, kdy je téma DN aktuální. Zde ale záleží na moderátorovi a pozvaných hostech, jakým směrem se bude obsah sdělení ubírat.

²⁰ ČAPZ- Česká asociace pro psychické zdraví: *Esprit*. www.capz.cz: *Esprit* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.capz.cz/esprit>

²¹ Diagnóza: Duševní onemocnění. *Česká televize: pořady* [online]. [cit. 2015-03-9]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/dusevni-onemocneni/>

²² Třináctá komnata Kláry Pollertové-Trojanové. *Česká televize: Pořady* [online]. [cit. 2015-03-9]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/1186000189-13-komnata/211562210800030-13-komnata-klary-pollertove-trojanove/>

²³ Záhady duše: Díly. *Česká televize: Pořady* [online]. [cit. 2015-03-9]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/dily/>

13 Interpretace výzkumu

Při výzkumu ve své bakalářské práci jsem si kladla následující Výzkumné otázky:

1. Jsou duševní nemoci stigmatizující, a pokud ano, jak se to projevuje?
2. Mění se během času nějakým způsobem přijetí nemoci jedincem a jeho rodinou?
3. Jak vidí lidé s duševním onemocněním možnosti změny negativního obrazu duševně nemocných?

13.1 Interpretace dat v kontextu výzkumných otázek

Jelikož v práci nebyl prostor na detailní ilustraci rozhovorů s informanty, uvedla jsem jen malý výsek informací. Vycházím tedy buď z rozhovorů, přečtené literatury nebo vlastních zkušeností.

ad 1.) Jsou duševní nemoci stigmatizující, a pokud ano, jak se to projevuje?

Když jsem se ptala, co se informantům vybaví, když se řekne *Stigmatizace duševně nemocných*, tak se informantům z řad pacientů **většinou nevybavilo nic**. Neuměli si pod tímto názvem nic představit. Někteří ani nevěděli, co stigma je. Pracovníci organizací a psychiatři o tom **měli povědomí**. Jednak pro jejich vzdělanost na tomto poli a také ze zkušeností jejich klientů. Závisí tedy hodně na tom, zda je jedinec s touto oblastí nějak spojen či do jaké míry má přehled.

U první otázky jsem také zjistila, že velmi **při osobním pocíťování stigmatu záleží na diagnóze, aktuálním zdravotním stavu informanta a také na jeho socioekonomické situaci**. Jak již bylo ilustrováno na příkladech z rozhovorů, lidé se schizofrenií pocíťují větší stigma svojí osoby a celé „skupiny schizofreniků“ kvůli prezentaci nemoci v médiích a vlivem předsudků běžné populace. Pokud žije jedinec v harmonickém manželském nebo partnerském stavu nebo je spokojený v práci, (která je většinou upravená jeho potřebám - ať už zkrácená pracovní doba nebo chráněná pracoviště) či má dostatečně vysoký ID a podporu obecně, nepocíťuje svou nemoc příliš jako stigma. Hodně záleží také na tom, zda nějak smysluplně naplňuje svůj čas něčím, co mu dělá radost. Potom opět nevnímá svou nemoc příliš jako stigma.

ad 2.) **Mění se během času nějakým způsobem přijetí nemoci jedincem a jeho rodinou?**

Odpovědi na tuto otázku mě zajímaly i z důvodu porovnání mých zkušeností se zkušenostmi jiných informantů.

Přijetí nemoci jedincem a jeho rodinou je dlouhodobý proces, který trvá individuálně dlouho. Někteří jedinci to přijmou rychleji, jiní nikdy. Většinou to ale trvá zhruba **od půl roku do 2 let**. Ze začátku nemocný nevěří, že by diagnostikovanou nemocí trpěl, pokud je v atace nemoci, neuvědomuje si, že vůbec nemocný je. Může se také stát, že na psychiatrii nechce zůstat, nechce brát psychofarmaka, která mu byla nasazena. To vše je počátečním odmítáním nemoci. Poté často k přijetí dochází, ale trvá to různě dlouhou dobu.

Paradoxně je přijetí nemoci mnohdy těžší pro rodiče nemocného, než pro samotného pacienta. Může to být i po letech bolestné téma (např. moji rodiče, zejména otec, se na tohle téma nechce bavit a nechce ani vzpomínat). Může dojít k hádkám, popření nemoci ze strany rodičů, přerušení vazeb, odsuzování (např. informantky, která opakovaně páchala sebevraždou). Největší pomocí duševně nemocnému je **pomoc a spolupráce rodiny a podpůrné aktivity**. To jednoznačně vyplynulo z mého výzkumu. Rodina, pokud funguje, se často více stmelí (to mi uváděli mí informanté jako pozitivum a vidím to také na svojí rodině).

Někteří informanté ale svou nemoc nepřijali v plné míře dodnes. Jedná se jak o pacienty samotné, tak i jejich blízké. Přijetí opět závisí na podmínkách, ve kterých jedinec nebo jeho rodina či partner žije. Má-li se nemocný a jeho blízcí vyrovnávat s nemocí sami, je vyšší pravděpodobnost, že přijetí nemoci a posuzování kvality života bude negativnější než případě podpory jeho nejbližšího okolí. Velkou roli opět hraje to, zda je dostatečně finančně zajištěn a to jak formou vlastního výdělků nebo invalidního důchodu. Nyní uvedu pro ilustraci některé výpovědi mých informantů:

Pan P. (schizofrenie): „Já jsem se tím srovnal **během 2 let** jo. Jsem si to pořádně nechal vysvětlit od doktora, takže jsem pochopil, že to prostě jinak nejde, že se musím léčit, když se chci vyhrabat, se musím léčit.“

Paní H. (BAP): „Já jsem ji přijala teda, ale pochybuju pořád. Ty pochybnosti tam jsou, že to není možný, aby mě změnily, když lidi mě znaj takovou a já jsem teďka, je ze mě taková buchta.“

paní M. (schizofrenie): „Na začátku jsem měla **strach**. Musela jsem přemýšlet komu to říct a komu ne.

p.J. (deprese): „No tak ty začátky byly horší, ty začátky byly to. No to přijetí. Já jsem člověk, kterej nikdy se s tím asi nevyrovnám jako jo, že jsem nemocná. **Jsou chvíle, kdy to člověka zkrátka štve, ale asi úplně neřeknu si, neřeknu si, že jsem ráda, že to, asi to nikdy nepřijmu, ale jsem za každé den ráda a užívám si hrozně, ty hezký věci si užívám hodně.**“

Já a moje rodina

Já

Ze začátku to byl šok a nevěřila jsem tomu, potom přišla zlost, otupělost, bolest a utrpení. Smíření ani po 9 letech nenastalo. Prostě jsem se tomu přizpůsobila a poslouchám svoje tělo. Snažím se řídit tím, co potřebuje (nejíst, spánek, změnu činnosti) a reaguji na varovné signály - těžko se mi spí, hubnu, musím přehnaně něco dělat několik hodin a nemůžu přestat, i když jsem unavená. Mám v sobě neklid, který musím zahnat činností. Nastanou-li tyto změny a nemizí, reagujeme na ně (v nejhorším případě hospitalizací).

Moje sestra

J: „Nejdřív to byl **obrovskej šok** - to byl pro každého, kdy jsme se museli vybičovat k tomu, že vůbec takovouhle situaci musíme přijmout, že se k ní musíme postavit a první byl obrovskej strach o tebe, aby ses nám vrátila, aby, když se člověk mění ze zde na den před vočima, tak je to strašně těžký to přijmout, pak měl radost člověk z každého pokroku.“

Můj manžel

M: „Tak na začátku jsme z toho byli asi víceméně všichni takový přepadlí. Jsme to **museli nějakým způsobem nějak vstřebat** (smích). Zjistili jsme o tom pár informací. No a ňák jsme se s tím naučili žít.“ Pak ještě dodává: „Tak nejtěžší bylo vysvětlování okolí, okolnímu světu - to je na tom nejtěžší.“

ad 3.) **Jak vidí lidí s duševním onemocněním možnosti změny negativního obrazu duševně nemocných?**

V souvislosti s tím, jsem kladla následující otázku: *Myslíš/te si, že je nějaký způsob jak zlepšit v očích veřejnosti obraz duševně nemocných?*

Informanté z řad pacientů možnost zlepšení nahlížení na duševně nemocné jako skupinu **nevidí příliš pozitivně**. Toto negativní vidění mají zejména jedinci, kteří žijí sami nebo s rodinou či nemoc zapříčinila rozpad vztahů. V případě mého výzkumu se jednalo zejména o schizofreniky, kteří jsou nahlíženi veřejností nejhůře.

Pokud změnu nahlížení viděli, tak **formou osvěty a větší informovanosti** jak rodiny, tak zejména veřejnosti. Nemělo by podle nich docházet k homogenizaci celé skupiny. Zde některé z výpovědí informantů:

pan H. (schizofrenie): „No, řekla bych, že jak maj tuhleto psychickou nemoc, tak dávaj všechny do jednoho pytle.“

paní H. (BAP): „No, určitě by to chtělo aspoň **základní rozčlenění tech nemocí psychických, aby ty lidi neměli vyloženě strach z těch lidí a věděli, že je to léčitelný** a že je to dobře léčitelný, že ty lidi můžou normálně pracovat po léčbě, která se osvědčí.“

pan H. (schizofrenie): „Zlepšit nahlížení - to je těžký. Nemocná je celá společnost.“

paní O. (deprese): „No tak asi jo, asi jo. To určitě jo, **aby byli lidi seznámený, jaký jsou duševní nemoci a co to vobnáší pro toho člověka a pro tu rodinu**, protože třeba někdo je doma duševně nemocnej, začíná to a ta rodina to ani neví, vo co de.“

pan P. (schizofrenie): „Určitě by neměli ty, určitě **by měli bejt novináři nějak zaškolený**, aby z nějakýho vraha nedělali hnedka psychicky nemocnýho. Udělat jim na to nějaký tvrdý školení a postihy. Když to řekne - pokutu nebo vyhodit, jinak to nejde.“

Informant pan M. to vidí pozitivně. Myslím si, ale že je to dáno tím, že o jeho nemoci téměř nikdo neví a podařilo se mu zachovat pozici ředitele v energetické firmě. Navíc žije v manželství a má děti a je tedy samostatný.

Pan M. (BAP): „Mluvit o nich. Veřejnoprávní televize se o to snaží a je to dobře.“

paní J. (deprese): „Za minulého režimu nebyla osvěta vůbec žádná, teď už se to pomalu zlepšuje, ale nějaké plošné povědomí u duševních poruchách ještě není.“

Rodiče a partneři to vidí pozitivněji především v případě, že se sami zajímají o tuto tematiku a hledají nějakou formu pomoci a podpory. Jako forma změny jsou vnímány opět osvěta veřejnosti a také aktivity pomáhajících organizací či sdružení nebo i aktivity samotných léčeben jako např. festival Mezi ploty. Pracovníci organizací a lékaři to také vidí pozitivněji.

13.2 Další poznatky plynoucí z výzkumu

Jelikož můj výzkum trval dlouhou dobu a mé rozhovory mnohdy také, získala jsem během nich i další poznatky, které rozvinuly širší náhled na mnou zvolené téma. Abych tento širší obraz života s duševní nemocí měla, kladla jsem ještě další otázky, které jsou v příloze 1. Zmínila bych zde to, co považuji za zajímavé.

Ptala jsem se např. na otázku: *Myslíš/te si, že ti/vám dala duševní nemoc (DN) i něco dobrého, nějak tě/vás obohatila?*

Odpovědi na tuto otázku mě velmi zajímaly, protože jsem je chtěla porovnat se svojí zkušeností a to, že duševní nemoc život jedince naruší a změní, ale nese sebou i některé pozitivní aspekty.

Převážná většina informantů jmenovala i některá pozitiva, a to zejména **stmelení rodiny, větší samostatnost, přehodnocení žebříčku hodnot a novou zkušenost**. Pokud uváděli něco negativního, tak to byli lidé, kteří žili do vysoké míry v sociální izolaci, nebo měli ekonomické problémy, či byli ve stádiu deprese. Také uváděli, že pokud najdou dobrého lékaře a mají dobrou medikaci, nezdá se jim jejich život jen negativní. Zde uvádím některé odpovědi:

pan P. (schizofrenie): „Přinesla mi dobrý to, že jsem se stmelil, ta nemoc nepřímou mě stmelila nebo vlastně i já jsme **stmelil naši rodinu**.“

Paní se schizoafektivní poruchou: „Ano, změnu žebříčku hodnot. Stala jsem se **více samostatná**, nespolehám se tolik na ostatní.“

Paní J. (deprese): „No určitě mě obohatila vo **úplně jiný dívání se toho světa na ty věci**, že vážím si, vážím si, který možná kdybych byla zdravá, tak to ani tak, tak to tak přeju, že to je automatický, takže fakt některý věci si hrozně moc užívám jo.“

Paní M. (schizofrenie): „Ne. Hodně vzala, **pozitivního nic**. Omezuje mě to. Jsme unavená. Vzalo mi to koníčky, přátele. Hlavně tam napiš, že je to nevyléčitelné.“

Pan H. (schizofrenie) : „Ne, **jenom špatný**. Lidi se ode mě odvrátili.“

Moje sestra J.: „Jestli pozitivní? Myslim si, že jsme se museli naučit, vlastně i s M. (zkratka jména manžela), vlastně s rodinou, která je ti teďka blízká, **se naučit rychlejc vycházet a naučit řešit věci, který většina běžných rodin řešit nemusí**, a myslím si, že i ta naše rodina se naučila na ty věci, ano myslim si, že my se už na **ty lidi ostatní díváme jinak**, protože máme tu osobní zkušenost.“

Můj manžel: „Tak obohatila nás minimálně v tom, že jsme **poznali, co to všechno obnáší a že se s tím prostě dá žít a že se to může přesně potkat každého** a no, prostě člověka i svým způsobem posílilo a **zvýšilo informativnost** vo tom a člověk si vo tom udělá úplně jinej obrázek, než když to nezažije, nezná.“

Matka 1: „Nebylo to všechno jenom negativní. My když jsme se vykřesali a uvědomili si, že fakt moh nebejt a nebo jsme mohli mít teda ležáka na vozejčku, tak my jsme byli hrozně rádi. Jsme si říkali máme šikovného andělíčka strážníčka. **Jsme rádi spolu, jsem rádi, že ho máme**. Už je to teďka v takovym stavu, že nás to ani nevomezuje.“

Matka 3: „A co dobrýho nám to přineslo, to netuším, protože já jsem s nim furt sama.“

V souvislosti s nahlížením na nemoc jsem kladla tutéž otázku všem skupinám informantů, tedy jako nemocným, tak pracovníkům pomáhajících organizací, lékařům a také rodinným příslušníkům. Otázka zněla takto: *Myslíš si, že život s duševní nemocí je kvalitní?*

Pan P. (peer konzultant): „Může být a nemusí.“

Zdravotně-sociální pracovnice: „Já si myslim, že pokud jako pacient **věří těm doktorům, dochází pravidelně na kontroly, poslouchá rady zkušených lékařů, užívá medikaci**, takže takový pacienti na tom určitě, nebo ne určitě, když mají trochu štěstí a za nemoc nepropuká nějak výrazně a intenzivně.“

Dr. H. psychiatrička: „Já myslím, že může být **kvalitnější, než bez duševní nemoci**, že to je ale zase otázka toho konkrétního jedince.“

Dr. X psychiatr: „Život s duševní nemocí je do té míry kvalitní, **jak je úspěšná léčba a následná rehabilitace, resocializace a znovuzapojení do práce, společnosti a do rodiny**, takže může být. Může být postižení větší, ale může to znamenat i to, že sice ten člověk nefunguje tak, jako když byl zdravý, ale relativně třeba funguje lépe, než někdo, kdo se zanedbává, ačkoli není nemocný, tak žije daleko chudší život, takže je to vlastně relativní pojem.“

Z jejich odpovědí jsem zjistila, že u všech tří skupin, tedy těch, kteří duševně nemocným **jen pomáhají** (pracovníci pomáhajících organizací, lékaři a rodina) vládne **shoda v názoru**, že je tento život kvalitní nebo kvalitní do té míry, jakou si ji pacient udělá.

U pacientů samotných však **tento názor nebyl zcela shodný**. Neviděli to jen pozitivně. Předpokládám, že tento fakt je ovlivněn tím, že samotné důsledky nemoci nese přeci jen nemocný sám.

Paní O. (deprese): „No, to si myslím, že není kvalitní, protože ti chybí ta radost ze života.“

Pan M. (BAP): „Život s bipolární poruchou je jiný, než jaký byl před ní. Protože jsem ale nemoc přijal, tak se snažím s nemocí žít, jak nejlépe to jde.“

Paní H. (BAP): „No, je naprosto nepoužitelný. Ten můj život je nepoužitelný. V partnerském životě, ve výchově syna, v domácnosti. Nepoužitelný. Stydim se. Hanba mi je, je mi ze mě zle.“

Já bych svůj život nehodnotila jako kvalitní. Má příliš mnoho omezení, přináší hodně výčitek, dilemat a nejistot. Ano nějak funguji, ale ne tak, jak bych si přála. Je téměř jisté, že člověk, který mě nezná, by můj život jako kvalitní ohodnotil. Je rozdíl v tom, kdo jeho kvalitu hodnotí. Zda jedinec sám nebo někdo zvenčí.

Pokud bych měla shrnout tuto kapitolu, domnívám se dle svého výzkumu, že pokud posuzují zainteresované strany pocit stigmatu, přijetí nemoci, hodnocení kladů a záporů či kvalitu života, liší se jejich závěry do různé míry podle zkušeností a životní situace posuzovaného.

14 Doporučení pro zlepšení situace v budoucnu a možná další témata výzkumu

Na závěr bych ráda poskytla několik doporučení pro zlepšení situace do budoucna. Vycházejí ze studia literatury, shlédnutých pořadů, rozhovorů s informanty i mých zkušeností. Dle druhu písma zde odlišuji: Times New Roman - obecně moje poznámky, Calibri - výpovědi informantů a Century Gothic - moje připomínky či zkušenosti.

Těchto doporučení by mohl někdo další využít a dále je rozvíjet ve svém výzkumu.

1. intervenovat u politiků, aby bylo dáno víc financí ze zdravotnictví na oblast psychiatrické péče. Nová koncepce psychiatrické péče je sice vymyšlená, ale není dotažená a nejsou zatím čerpány peníze z evropských fondů.

Sociálně-zdravotní pracovnice k tomu při našem rozhovoru řekla:

„Mluví se tam o tom, že by mělo být všechno jinak, ale po pravdě tomu moc nevěřím, protože **je to otázka peněz** a máme štěstí v našem kraji, ženám funguje to PDZ, vo tom nemůžou jiný kraje, nemaj takový štěstí. Jako myslim si, že kdyby se to ještě posílilo do budoucna, že by to bylo ještě dobrý.“

Někteří rodiče a zástupci sdružení se to snaží, ale nemá to valný výsledek. Uvedu drsnou zkušenost matky syna se schizofrenií:

Matka 1: „Před lety jsme se vypravili s J. do Prahy a mluvily jsme za ODS s paní poslankyní Páralovou. Jsme se za ní vypravili i do kanceláře a perfektní na ten můj případ, když jsem jí říkala, že jsme měli na první rok ZTP kvůli tomu, že jsme nemohli nikam jen ani vlakem, ani MHD. Jednak mně posudková lékařka řekla: Víte paní o tom, že jsou takové pleny a na to jsem reagovala tím, jestli má jít k lékaře teda posranej. To už se teda nedalo, to už byl takovej kalibr. My jsem to řešili tak, že když už jsme toho kluka dostali z těch čtyrech zdí na dvůr a byl ochotnej vlít do toho auta a vyvíst ho do lesa, tak my jsem jezdili furt do lesa. No a vono to něco stojí. No a co myslíte, že mi řeka paní Páralová? Že máme koupit hájovnu v lese, abychom tam nemuseli jezdit.“

O zlepšení této situace a zavedení nové koncepce psychiatrické péče do praxe se snaží zejména ČAPZ.

2. vytvořit dobré komunitní týmy - získat mladé psychiatry, školené sestry, psychology a psychoterapeuty, kteří by pravidelně a dlouhodobě docházeli ke klientům domů a tato práce by je naplňovala a bavila by je.

Toto zmiňuje i moje bývalá psychiatrická Dr.H: „Já vo tom zatím slyším, co se jako chystá co bude, ale spíš si myslím, že to bude jako všechno **narážet na nedostatek personálu**, kterej se z nějakýho důvodu nevychoval, přestože si myslím, že byly doby, kdy ho mohlo být víc jo a je tady potom nějaký vakuum, kde se ty lidi neškolili a prostě nejsou.“

Existují již terénní pracovníci, ale ti operují jako jednotlivci. Mám na mysli holandský model, kde se jedná o komplexní tým.

Nyní podložím svoje doporučení výpověďmi svých informantů:

Matka 1: „že by těm pacientům pomohlo, kdyby s nima pracoval psycholog, psychoterapeut a vysvětlil jim náhled na tu nemoc. Když budeš baštit prášky, budeš plnohodnotně žít. Jako že nemusí se bát, že bude mít spackanej život. Kdyby ten psychoterapeut pomohl získat tomu nemocnému ten náhled, protože to všechno voddře ta rodina.“

Komunitní formou se také sníží nutnost hospitalizace pacientů a psychiatři nebudou mít tolik pacientů, na které by měli málo času. Matka 1, 2, 3 a Otec i ostatní ze skupiny, které zde neuvádím, si stěžovali na to, že se psychiatři mění a mají na pacienty málo času.

Matka 2: „A vobčas i laxní přístup psychiatrů. Jako pokud tam nepřijde v nějakym zuboženym stavu, tak je dobrej. Napíšeme prášky, vypadni a moc nezdržuj. 30 Kč.“

Sociálně-zdravotní pracovnice, sestra psychiatricky k tomu dodává:

„i když doba ošetření si stěžují pacienti, že je krátká, v ordinaci u psychiatra 5 minut, takže kdyby jich bylo víc nebo mohly by se jim ty psychiatři víc věnovat, tak to si myslím, že by bylo taky pro ně fajn, aby měli možnost si tam delší dobu popovídat a pacienti si většinou stěžují, že si napíšu léky, krátce teda s nima lékař pohovoří a nazdar.“

3. kontrolovat spokojenost pacientů s léčebnami - samozřejmě dle aktuální situace pacienta.

Pro mnoho pacientů s akutní atakou nemoci je pobyt v psychiatrické léčebně nebo klinice nepříjemný začátek až šok. Když mu to ještě ztěžuje personál svým arogantním chováním nebo přehlížením, je to už moc.

Paní O. popisuje svůj první zážitek při hospitalizaci takto:

p.O: „První týden, to jsem byla hodně pod práškama, ale už se mě tam taky něco takového dotklo a ten druhý týden, **když už jsme si tak uvědomovala, jak to tam chodí, tak jsem si říkala tak a vodsad' co nejdřív pryč.**“

Ne každý pracovník v této oblasti se na tuto práci hodí a může po letech vyhořet, což má negativní vliv na pacienty (sama jsem to zažila ať už u lékařů, tak i u zaměstnanců stacionářů, lůžkových oddělení). Má to velmi negativní dopad na pacienty zejména v léčebnách.

Matka 3 syna se schizofrenní poruchou vzpomíná na laxní přístup personálu:

Matka 2: „Když už jsem u těch doktorů, to já jsem teda byla v šoku, když jsme po dvou a půl letech jeli pro syna do B. To jsme dole zazvonili a sestra mi povídá: on už má sbaleno, já vám ho svezu dolů výtahem. A já říkám, prosím vás, to nemyslíte jako vážně? Jak svezete výtahem. My potřebujem léky, lékařskou zprávu, my potřebujeme mluvit s lékařkou. Sestra: já nevím, jestli tady vůbec je.“

Paní O. (deprese) se k tomu vyjadřuje takto: „To záleží na tom ošetřujícím lékaři, na tom personálu a potom následně na tom psychiatrovi. Když má dobrej přístup a to, tak to je dobrý, ale kdyby se padlo na nějakýho nesympatickýho nebo protivnýho, tak by to bylo velice špatný.“

Informantka s BAP paní H. mluví o svém pobytu v léčebně v B.:

„Já jsem tam byla v 7.A a byli tam 2 doktoři a vyšetřoval mě doktor. Já jsem potřebovala vědět, co mi je, když člověk s něčím takovýmhle začne, že si chce vzít život, si vezme život a neví, co dál, tak jsem byla, že jo, vyšetřená doktorem a já říkám: Řeknete mi teda pane

doktore, co mi je? Von mě vyslech a říká, já nevim, ale já vám dám nějakou injekci, vono se vám to v tý palici srovná.“

4. kontrolovat psychiatrické léčebny a dávkování léků pro pacienty

Mí informanté mi vyprávěli a také jsem to sama zažila, že v některých léčebnách mají zaměstnanci hrozné chování a pacienty zbytečně utlumují. Moje kamarádka se schizofrenií brala jednu dobu 12 druhů léků a pak musela do jiné léčebny na detoxikaci. Mně se tento postup nelíbí. Neříkám, že je tomu tak všude, ale na uzavřených odděleních (prošla jsem třemi), tomu tak vždy bylo.

Matka mého informanta se schizofrenií při hromadném rozhovoru k tomuto tématu řekla:

„My jsme tam chodili ze začátku s nim na oddělení a mně přišlo, že oni to řešili akorát tím, že je tam příšerným způsobem zfetujou, že tam s nima nijak nepracujou.“

5. motivovat rodinu pacientů ke spolupráci, protože ta má nenahraditelné místo zejména v uzdravování se pacienta po příchodu z lůžkového oddělení a monitorování jeho aktuální situace. Informanté mi sami vyprávěli, že to na nich rodina pozná a zasáhne (tak je to i u mě).

Matka 2 syna se schizofrenií to komentuje takto: „Jakmile nastane nějaká změna u něj, tak my jsme ve střehu, jestli se to zase někam nesune a už děláme takový ňáký ty opatření jako hele, jedeme na výlet.“

My to tak doma taky děláme. Jak vidím, že je něco špatně, učiním opatření: spánek, zajedu do města na kole na nákup, jdu něco výtvarně tvořit, zajdu k sestře na návštěvu. Rodina to většinou chápe a podporuje mě v těchto potřebách.

4. organizovat přednášky a besedy s lektory, kteří sami prošli DN, kde by se jich studenti mohli na cokoli ptát (mí informanté zmiňovali neznalost jako jeden z důvodů k předsudkům vůči DN).

V časopise *Esprit* 2/2014 s. 12 byl článek o tom, jak mladá žena, Laura Schlepper, onemocněla depresí. Vyzdvihovala potřebu o nemoci mluvit a měnit tak náhled na ni. Cestovala po světě a hovořila o svých zkušenostech na různých místech světa. Stala se také psycholožkou a své zkušenosti zúročuje i dále. Byla tedy „*expertkou na vlastní zkušenost*“. Tuto funkci u nás v současné době často naplňují peer konzultanti.²⁴

5. dávat víc prostoru v médiích odborníkům na psychiatrii jako MUDr. Ján Praško a to nejen, když dojde k nějaké tragédii. Toto se děje maximálně na ČT 1 a ponejvíce na ČT2. Na tyto pořady se ale dívají spíše lidé, kterých se to již nějak dotklo. Jedná se o pořady *Diagnóza, Záhady duše, 13. komnata*.

²⁴ KAŠPAR, Michal. Od dětských slzí k pomoci jiným. Rozhovor s Laurou Schlepper, expertkou na vlastní zkušenost. *Esprit*. 2014, roč.2, s.12.

15 ZÁVĚR

Ve své práci jsem se pokusila o kompilaci odborných zdrojů, životopisné literatury, informací z internetu, výpovědí svých informantů a mých zážitků. Neodděluji tedy teoretickou a praktickou část, ale snažím se o její syntézu.

V bakalářské práci nejprve popisuji svůj vstup do terénu a metody, s nimiž jsem pracovala. Také reflektuji své pocity při výzkumu. Zaměřuji se na téma stigmatu a jeho definici. Ukazuji také, jak vnímají stigmatizaci informanté. Poté krátce píšou o historii duševních nemocí. Dále již šířeji popisují mnou zvolené tři diagnózy, tedy depresi, schizofrenii a bipolární poruchu a to jak z hlediska jejich pravděpodobných příčin, tak zejména dopadů, které na život jedince mají.

Dále věnuji velkou pozornost tématu dopadů duševní nemoci, která se stigmatem souvisí. Uvádím i svou zkušenost z léčení.

Vyzdvihuji také destigmatizační aktivity a to jak v podobě organizací, tak pomoci na internetu (fóra) nebo v časopisech zabývajících s touto tematikou. Na konci své práce uvádím některá doporučení a možná další témata výzkumu.

Jak jsme již mnohokrát uvedla, vycházela jsem již z určitých „předzkušeností“ v této oblasti vlivem svého onemocnění Bipolární poruchou. To mi dalo obecně povědomí o situaci a také kontakty na některé informanty, s nimiž jsem rozhovory provedla.

U první výzkumné otázky *Jsou duševní nemoci stigmatizující, a pokud ano, jak se to projevuje* jsem došla k závěru, že při **osobním pocíťování stigmatu záleží do vysoké míry na diagnóze, aktuálním zdravotním stavu informanta a také na jeho socioekonomické situaci.**

U druhé výzkumné otázky *Mění se během času nějakým způsobem přijetí nemoci jedincem a jeho rodinou* jsem došla k závěru, že **přijetí nemoci je individuálním procesem.** Většinou ale trvá zhruba **od půl roku do 2 let.** Někteří informanté ale svou nemoc nepřijali v plné míře dodnes. Jedná se jak o pacienty samotné, tak o jejich blízké.

Ke snadnějšímu přijetí velmi pomáhá, pokud si pacient a jeho blízcí vytvoří pravidelný režim a mají určité „podpůrné rituály“, které nasadí v případě nouze. Je také dobré, aby nemocný a jeho blízcí využili podpůrné aktivity, které nabízí organizace.

Často vlivem zkušeností dochází ke změně žebříčku hodnot a to jak u pacientů, tak jejich blízkých. Jako pozitivum vidí obě skupiny stmelení rodiny.

Důležitá je také pomoc ze strany organizací, které se specializují na pomoc duševně nemocným, svépomocné skupiny, fóra na internetu, tematicky zaměřená literatura a odborné pořady. Pomáhá také, pokud pacient sám najde nějaké aktivity, které provozuje ve svém volném čase a které ho baví.

U třetí výzkumné otázky *Jak vidí lidé s duševním onemocněním možnosti změny negativního obrazu duševně nemocných* jsem došla k závěru, že **informanté z řad pacientů možnost zlepšení nahlížení na duševně nemocné jako skupinu nevidí příliš pozitivně**. Pokud ano, tak jde o jedince, kteří mají svou rodinu a chodí do normální práce. Nejnegativněji viděli změnu možnosti nahlížení schizofrenici. Změnu viděli ve větší informovanosti a osvětě veřejnosti.

Jejich blízcí, pracovníci pomáhajících organizací a lékaři to vidí pozitivněji především v případě, že se sami zajímají o tuto tematiku a hledají nějakou formu pomoci a podpory. Jako forma změny jsou vnímány opět osvěta veřejnosti a také aktivity pomáhajících organizací či sdružení nebo i aktivity samotných léčeben jako např. festival Mezi ploty.

Závěrem bych ráda řekla, že stigmatizace duševně nemocných existuje a má různé projevy a dopady. Duševní nemoc zasáhne do všech oblastí života a to nejen nemocného, ale i jeho blízkých.

Na hodnocení stigmatizace mají vliv nejvíce pomoc a podpora rodiny a také aktuální socioekonomická situace.

I když je život s duševní nemocí těžký, pro pacienty a jejich blízké existuje naděje v podobě pomáhajících organizací a informačních zdrojů. Pokud je nalezena pro nemocného vhodná léčba a má dobré podmínky, stává se jeho nemoc snesitelnější a kvalita života vyšší.

16 Použité zdroje

Použitá literatura:

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychosociální krizová spolupráce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 317 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4741-956.

CIMICKÝ, Jan. *Pavilon 4: mozaika příběhů z psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Šulc, 1999, 230 s. ISBN 80-724-4000-4.

DVOŘÁKOVÁ, Tereza. *Etnografie: improvizace v teorii a terénní praxi*. Vyd. 1. Editor Tereza Stöckelová, Yasar Abu Ghosh. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013, 250 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 58. ISBN 978-807-4191-480.

ERIKSEN, Thomas Hylland a Marek JAKOUBEK. *Antropologie multikulturních společností: rozumět identitě*. Vyd. 1. Překlad Tereza Kuldová. Praha: Triton, 2007, 268 s. ISBN 978-807-2549-252.

FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství: v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Překlad Věra Dvořáková. Praha: Lidové noviny, 1994, 209 s. Edice 21, sv. 3. ISBN 80-710-6085-2.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Vyd. 1. Překlad Tomáš Prášek. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. Most (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-864-2921-0.

HERMAN, Erik a kol. *Bipolární porucha a její léčba*. 1.vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. ISBN 80-7345-051-8.

HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, c2008, 94 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-157-8.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 285 s. ISBN 80-717-8535-0.

Jinakost - postižení - kritika: společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu: antologie textů z oboru disability studies. Vyd. 1. Překlad Zuzana Šťastná, Sylva Ficová. Praha:

Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, 581 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 56. ISBN 978-807-4190-506.

KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: SPN, 1998, xxviii, 862 s. ISBN 80-042-6710-6.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.

MURPHY, Robert Francis. *Umlčené tělo*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 188 s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 31. ISBN 80-858-5098-2.

OREL M. A KOL., *Psychopatologie*. Grada, 2012. ISBN ISBN 83462.

PELCOVÁ, Naděžda. *Filozofická a pedagogická antropologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2000, 201 p. ISBN 80-246-0076-5.

PETRÁČKOVÁ, Věra a Jiří KRAUS. *Akademický slovník cizích slov*. Academia, 1995. ISBN 80-200-1982-5.

RAMBO, Lewis R. a Paul C. VITZ. *Psychology as Religion: The Cult of Self-Worship*. ISBN ISBN 10.2307/1386164.

ROMME, Marius a Sandra ESCHER. *Hlasy*. Triton, 2008. ISBN ISBN 978-80-7254-5599-9.

SAKS, Elyn R. *Střed se hroutí zevnitř: mé putování šílenstvím*. V Praze: Triton, 2011, 334 s. ISBN 978-807-3874-704.

SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. 1. české vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 246 s. ISBN 80-244-0249

STYRON, William. *Viditelná temnota: memoáry šílenství*. 2. vyd. Praha: Svoboda-Libertas, 1993. ISBN 80-205-030.

TESAŘ, Filip. *Etnické konflikty*, Portál, 2007.

VAVRUŠOVÁ, Lívia. *Bipolární porucha*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004, 202 s. ISBN 80-806-3161-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Časopisy

Psychologie Dnes

BBC MEDICINE. Deprese v číslech: Zajímavosti. *Psychologie Dnes*. 2011, roč. 9, s. 7.

KRAMULOVÁ, Daniela. Na psychiatrii přibývá pacientů s úzkostí a depresí. *Psychologie Dnes*. 2011, č.10, s.9-11.

NOW, Annu. Mám schizofrenii z pověď pacienta. *Psychologie Dnes*. 2013, č. 9, s.59.

Sociální práce

BAJER, Petr. Nemocný člověk si sám mnohokrát neuvědomuje, že jsou jeho práva porušována. *Sociální práce: Sociální práce s lidmi s duševní nemocí*. 2008, roč. 1, s.33-35.

Esprit

KAŠPAR, Michal. Od dětských slzí k pomoci jiným. Rozhovor s Laurou Schlepper, expertkou na vlastní zkušenost. *Esprit*. 2014, roč.2, s.12.

KAŠPAR, Michal. VANĚK Tomáš. V zajetí mediálních stereotypů. *Esprit*. 2015, roč.1, s.9.

Internetové zdroje

Bipolární porucha a kreativita. www.bap.cz [online]. [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: http://www.bap.cz/?m_cl_id=9

ČAPZ - Česká asociace pro psychické zdraví: Úvodní strana. *ČAPZ - Česká asociace pro psychické zdraví* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.capz.cz/>

ČAPZ- Česká asociace pro psychické zdraví: Esprit. *ČAPZ - Česká asociace pro psychické zdraví* [online]. [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.capz.cz/esprit>

Český statistický úřad: Důchody v pardubickém kraji ta rok 2013. www.csoz.cz: *Krajská správa ČSÚ v Pardubicích* [online]. [cit. 2015-03-]. Dostupné z: http://www.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/duchody_v_pardubickem_kraji_v_roce_2013

Diagnóza: Duševní onemocnění. *Česká televize: pořady* [online]. [cit. 2015-03-9]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/dusevni-onemocneni/>

Diskriminace s stigma - Kvantitativní výzkum diskriminace pacientů s depresí a schizofrenií, agentura PROTEQ s.r.o. za odborné spolupráce RNDr. Tomáše Raitera a spolupráce s agenturou STEM/MARK, 2010. (Použito na s.32-33). Dostupné z Stopstigma: files. *Stopstigma* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: stopstigma.cz/files/diskriminace_deprese_schizofrenie.pdf

Ehealthforum: Mental Health Bipolar disorder forum. *www.ehealthforum.com: Mental health* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: http://ehealthforum.com/health/bipolar_disorder.html

RŮŽIČKA, František. *Psychologie.cz: Seriál Život s diagnózou*. [online]. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/serial/zivot-s-diagnozou/>

Stopstigma.cz. *www.stopstigma.cz: O nás* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.stopstigma.cz/>

Třináctá komnata Kláry Pollertové-Trojanové. *Česká televize: Pořady* [online]. [cit. 2015-03-9]. Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/porady/1186000189-13_komnata/211562210800030-13-komnata-klary-pollertove-trojanove/

Úvodní strana organizace Čapz [online]. Dostupné z <http://www.capz.cz/> [cit. 2014-03-04].

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: MKN. *ÚZIS ČR* [online]. [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>

Záhady duše: Díly. *Česká televize: Pořady* [online]. [cit. 2015-03-9]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/dily/>

ZVONÍKOVÁ, Alena. MPSV: Duševní poruchy jsou stále častější příčinou invalidity. Aktualizováno dne 23. 7. 2008. *www.mpsv.cz* [online]. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5591>

Nastudovaná literatura, která mě ovlivnila a inspirovala

Zde uvádím dle doporučení literaturu, ze které jsme přímo necitovala, jelikož na to zde nebyl prostor, ale její čtení bylo pro mě přínosné a zajímavé a poskytlo mi detailnější náhled na téma.

BEDNÁŘOVÁ, Markéta a Libuše HORKÁ. *Ve stínech za zrcadlem, aneb, O životě s psychózou*. Vyd. 1. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2013, 179 s. ISBN 978-807-3876-630.

CIMICKÝ, Jan. *Cizí světy*. Vyd. 1. Praha: Baronet, 2001, 251 s. ISBN 80-721-4440-5.

ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, 143 s. Jessenius. ISBN 978-807-3453-169.

GREENBERG, Joanne. *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Vyd. 1. Překlad Luboš Trávníček, Libuše Trávníčková. V Praze: Triton, 1998, 277 s. ISBN 80

LOHMANN, Eva. *Osm týdnů v blázinci*. Praha: Ikar, 2013, 189 s. ISBN 978-80-249-2381-9-858-7552-7.

17 Seznam příloh

Příloha 1 - Seznam otázek pro informanty

Příloha 2 - Motivační dopis k získání informantů na rozhovor

Příloha 3 - Ukázka z ručně psaného deníku s retrospektivními pocity

Příloha 4 - Ukázka z deníku v počítači

Příloha 5 - Seznam informantů a jejich příběhy

Příloha 6 - Fotografie z výstavy Duševní nemoc v komiksu

Příloha 1

1. seznam otázek pro informanty

Pacienti

Co se vám/ti vybaví, když se řekne SDN?

Myslíš/te si, že DN jsou bráni jinak než tělesně handicapovaní a pokud ano proč?

Co podle tvého/vašeho názoru nejvíce zapříčiňuje negativní nahlížení na DN?

Myslíš/te si, že je nějaký způsob jak zlepšit v očích veřejnosti obraz DN?

Které jsou podle tebe/vás nejvíc rozšířené DN?

Jak dlouho už se léčíš/te se svou diagnózou?

Změnilo se nějak v průběhu času tvoje/vaše sebezpřijetí a přijetí DN tvou rodinou a přáteli?

Myslíš/te si, že ti/vám dala DN i něco dobrého, nějak tě/vás obohatila?

Co si myslíš/te, že nejvíc pomáhá nebo naopak ztěžuje léčbu a život s DN?

Co pro tebe/vás bylo nejtěžší při léčbě a je dodnes na tvou DN?

Myslíš/te si, že život s DN je kvalitní?

Psychiatr/ička

Co se vám vybaví, když se řekne SDN?

Které jsou podle vás nejvíc rozšířené DN v současné době a proč?

Mohl/a byste definovat D (deprese), S (schizofrenie) BAP a její projevy?

Proč jsou podle vás DN bráni jinak než tělesně handicapovaní?

Myslíte si, že je nějaký způsob jak vylepšit v očích veřejnosti nahlížení na DN?

Co si myslíte, že nejvíc pomáhá nebo naopak ztěžuje léčbu a život s DN pacientům a jejich rodinám?

Myslíte si, že DN může lidi, kteří jí trpím i nějak obohatit, přinést jim něco pozitivního?

Co si myslíte, že je pro pacienty a jejich rodinu nejtěžší při léčbě i po ní?

Je rozdíl v tom, jak prožívá a snáší DN muž a žena?

Myslíš/te si, že život s DN je kvalitní?

Pracovníci s klienty léčícími se s DN

Co se ti/vám vybaví, když se řekne SDN?

Jak dlouho už pracuješ/te v organizaci pracující s klienty léčícími se s DN?

Proč jste si/sis vybrala právě tuto sociální oblast a práci s těmito klienty?

Co je pro tebe/vás na vaší práci nejjednodušší a co nejtěžší?

Které jsou podle tebe/vás nejvíc rozšířené DN v současné době a proč?

Dá se nějak definovat, která DN je podle vás/tebe pro klienty i pracovníky nejtěžší a proč?

Jsou podle tebe/vás DN bráni jinak než tělesně handicapovaní a proč?

Myslíš/te si, že je nějaký způsob jak vylepšit v očích veřejnosti nahlížení na DN?

Co si myslíš/te, že nejvíc pomáhá nebo naopak ztěžuje léčbu a život s DN pacientům?

Myslíš/te si, že DN může lidi, kteří jí trpí i nějak obohatit, přinést jim něco pozitivního?

Myslíš/te si, že život s DN je kvalitní?

Rodinní příslušníci

Co se ti/vám vybaví, když se řekne SDN?

Myslíš/te si, že DN jsou bráni jinak než tělesně handicapovaní a proč?

Co podle tvého/vašeho názoru nejvíce zapříčiňuje negativní nahlížení na DN?

Myslíš/te si, že je nějaký způsob jak zlepšit v očích veřejnosti obraz DN?

Které jsou podle tebe/vás nejvíc rozšířené DN?

Jak dlouho už se léčí se svou diagnózou?

Změnilo se nějak v průběhu času jeho/její sebezpřijetí a přijetí DN rodinou?

Myslíš/te si, že jemu/jí i vám dala DN i něco dobrého, nějak ji/jeho/vás obohatila?

Myslíš/te si, že život s DN je kvalitní?

Příloha 2

Motivační dopis k získání informantů na rozhovor

PROSBA O POSKYTNUTÍ ROZHOVORU PACIENTŮM LÉČÍCÍM SE S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU (MANIODEPRESÍ), SCHIZOFRENIÍ A DEPRESÍ NEBO JEJICH RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKŮM

Dobrý den,

jsem studentkou 2. ročníku oboru Sociální antropologie na Univerzitě Pardubice a píšu svoji bakalářskou práci na téma **Stigmatizace duševně nemocných**. Toto téma jsem zvolila, protože se sama léčím s určitou psychiatrickou diagnózou a zakouším sama na sobě pocity jistého studu a provinění za svou nemoc, které nejsou sice oprávněné, ale bohužel vnucené stereotypizací a mylnou představou veřejnosti a také slyším a vidím, jak zdraví lidé, okolí a média reagují na lidi léčící se u psychiatra. Ráda bych svou práci a především rozhovory s lidmi, kteří zakusili tuto situaci sami na sobě či u svých blízkých, napomohla k informovanosti o těchto nemocech nezasvěceným lidem a vyjasnila, že se to může přihodit každému a není to žádná ostuda a hanba, ale způsobuje to především dnešní uspěchaná doba či životní situace.

Prosím proto případné zájemce s diagnózami: BAP (**maniodeprese**), **schizofrenie** a **deprese**, zda by mi nepomohli poskytnutím rozhovoru. Jednalo by se o polostrukturované rozhovory na předem připravené otázky na toto téma. Ráda bych zdůraznila, že **poskytnuté informace budou zpracovány anonymně** a to jen v mé bakalářské práci a nebudou jinak využity. Odpovídat mohou zájemci samozřejmě jen na to, co budou sami chtít a v čem se budou cítit bezpečně. Rozhovory mohou probíhat u vás doma či na klidném, neutrálním místě. Přizpůsobím se dle individuálního přání.

Děkuji moc.

Kontakt: st13870@student.upce.cz 774627892

ROZHOVOR M+H

jak to šlo. Všechno se rozjede a vyjde. H. je tak
ok, jen nemohl zpracovat, jak dlouho už se léčí. Kajímková mi
při každé návštěvě hlasy a hlasy - božího hlasu. Od prvních se foča
ga M. jsem se dozvěděla info, které jsem si vyhledala, že je to jen tak, jak
dávno se léčí atak. H. nechtěl o hlasech a hlasech jak jsem mluvila.
Odpovědi se dost prodávaly. Vyšla jsem ovocný čaj, i když do normálního
sifonu. Byla jsem rozhodně zaneprá. Učím se topoběhlo.
Vzájemně jsme, nacházeli spíše problémy. I když občas byly těžké,
ovšem. Vše bylo ok. M. jak říkala, že půjde na rev. Než se mi fyzické,
že je to nějaké dotě musím rev. Jo, tak jsem mluvila o zjištění 40, co
dostala u tak. Kábelky, buvas - z Africa 2000 Kč od H. praxi
a tomu konzultaci genetiku. Bylo mi líto, když porodila o své
manu, že se k ní nechozí hlasy, cedové praxi atak. Šel.
jsem na celu - já měla meronické Cery a H. Brelle. Neměla jsem
nějakou, tak to za mě zaplatil. Tak a H. rozhodla, že pojedeme do
medie - do R. Hyperatry - sádla a to stádně. Čekali jsme na
zastávce, ale je stále se objevuje u nás na busu tak jsem šel
domů pro věci - tedy H. samostatně a H. jsem šel dole.
Jeli jsme autem. H. ani zanedbával impuanci. Dopli jsme
nejprve se k tomu - tam se proděti. Byla to taková rychlost, že jsem
si nestarala nic prohlednout. Tak Hyperatry - Cery. Tam jsme
byli až. H. si prohlédla ceka, sukni atak. Jatah, nějak věci.
Nejsem nebyly. H. četl o nápis vdechodě. H. Sama jako
dona říkala, že vyžaduje jako otec sedí - rýže, porád v dagnu
a lidé jí to pyj. říkají, že vyžadá na 25. Konec to nebylo.
Mamma dár, když byla hubentpí. V Hyperatry koupili prok per
hody, já nekoupila na zaneprá. H. slyšela věci. H.
prošel k tomu to zaplatil, že mu půjde peníze předěti. Šel jsem se
jak hazardní a peníze - ještě dohromady nebo každý zvlášť. Asi jak
co. Nekoupil jsem, volně si se sdělení a já šel dole. Počet
super, žádnou věc pro impuanci. Dost tomu poradilo, to,
že bylo hezky. Prohledal to od mě vechavám dole (3).
Kvůli tomu jsem se, že když se dovedu takhle zjednat, rozloží

Příloha 4

ukázka z deníku v počítači

Rozhovor s manželem - poznámky

rozhovor s manželem 26. 4. 2014 dopoledne

O rozhovoru jsme několikrát mluvili, že ho uděláme. Nejprve jsem chtěla rozhovor jen psát, ale pak jsem si říkala, že nahraný bude lepší, i když to může být i riziko. Manželovi se to trochu nezdálo, ale svolil. Podíval se trochu na otázky, které jsem měla vytištěné a připravené na papíře. Chvilku jsem ho nechala, ale pak jsem mu to vzala s tím, že chci, aby na to odpovídal spontánně a ne, aby to měl připravené.

U první otázky nevěděl co si pod tím jako představuji, že je to blbě položené, tak jsem mu to vysvětlila, ale nerada. Seděli jsme v pokoji, kde normálně spíme na posteli. Manžel si diktafon odsunul dál od sebe - asi se mu do toho nechtělo. Na začátku dělal sss (to je naše takové znamení, když se někdo zlobí, říkáme tomu sasanka - dělal to pro legraci - oba jsme se tomu smáli). I když jsme rozhovor dlouho plánovali, bylo to trochu divné pro nás oba. Oba jsme byli trochu nervózní.

Během rozhovoru za námi třikrát přišel syn (tehdy necelých 7 let), sednul si k nám na postel a něčeho se vždycky dožadoval, např. aby se s ním šel manžel na něco podívat. Vysvětlovali jsme mu, že děláme rozhovor a musí být ticho, že táta přijde později. Nechtěl, tak jsme ho „ukecávali“ na různé věci a nezabíralo to. Nakonec ho manžel „utáhl“ na oblíbený příslib zapůjčení svého mobilu na hru - to zabralo. Po druhém příchodu zanedlouho se mu odejít moc nechtělo a seděl s námi na posteli a sledoval diktafon a líbilo se mu, že to bliká (manžel tam dal pauzu) a chtěl tam být s námi. Přislíbili jsme mu opět, že to nebude dlouho trvat a že přijdeme na oběd za chvíli (vařila tchýně koprovku). Manžel řekl, že tam budeme „coby dup“. Tomu jsme se oba zasmáli, protože to je oblíbená hláška z Jáchyme, hoď ho do stroje. Jenže syn chtěl vědět, jak je to dlouhý časový úsek to coby dup, tak jsme mu řekli, že za chvíli už přijdeme. Vždycky jsme mezi tím záznam stopli. Jednou manžel otevřel okno, pak šel pro pití. Původně jsem navrhla, že se nejdřív naobědváme, ale manžel říkal, že to stihneme.

U některých otázek déle přemýšlel. Měla jsem silnou tendenci mu občas napovídat - nenápadně rukama, např. když jsem se ptala na nějaké číselné údaje nebo mu pomáhat jinak svými otázkami, ale nechtěla jsem ho moc ovlivňovat nebo mu něco podsouvat, což pro mě bylo dost těžké. Bylo to u některých otázek takové zvláštní, ale bylo to i zajímavé, protože

jsme se dozvěděla jaké dojmy a náhled měl na moji nemoc a věci okolo on sám. Není totiž zvyklý příliš o věcech mluvit. Během rozhovoru jsme se celkem uklidnili a občas jsme se i zasmáli. Nejprve jsem vyčerpala připravené otázky napsané na počítači, poté ručně na papíře a pak jsem víceméně improvizovala. Během hovoru jsme oba střídavě mluvili spisovně a nespisovně - prostě jak to vplynulo. Některé otázky pro něj byly na odpověď těžké, jiné méně. Během rozhovoru jsem mu kývnutím pomáhala, že to jako řekl správně a je to ok nebo úsměvem. Po rozhovoru jsem se zeptala, jak se cítil před a po rozhovoru (stejná otázka pro všechny informanty). Řekl, že se toho bál víc a že si myslel, že to bude horší - to mě potěšilo. Usmíval se a byl uvolněný - ne stísněný, to mi udělalo radost, protože jsme měla celkově obavy, jak bude tenhle rozhovor probíhat. Celkový dojem dobrý.

Příloha 5

SEZNAM HLAVNÍCH INFORMANTŮ A JEJICH PŘÍBĚHY

DEPRESE

paní O. - 70 let, léčí se necelé **3 roky** s depresí. Vystudovala SŠ. Již delší dobu ve starobním důchodu. Rozvedená. Bydlí sama v garsonce na sídlišti. Rozhovor byl realizován 10. 4. 2014 odpoledne v bytě informantky.

Během poslední doby se jí k depresím přidalo spoustu zdravotních obtíží, měla různé operace. V prosinci r. 2013 ji diagnostikovali tzv. „syndrom pučlého srdce“. Projevuje se to jako infarkt, ale není to. Srdce má postižený sval, ale je to ze stresu a v jejím případě z dlouhodobé deprese. Ta jí vypukla poté, co se její syn zabil.

Seznámily jsme se při mé třetí hospitalizaci v léčebně. V té době byla z pochopitelných důvodů (smrt syna) v těžké depresi. Ačkoli byla o mnoho let starší a negativistická, vytvořily jsme si spolu zvláštní symbiózu, kdy jsem si společně „brblaly“ na vedení, pacienty a já ji povídala ohledně léků a utěšovala, že se to časem zlepší. Od doby, kdy jsme se obě vrátily domů a začala jsem chodit na VŠ si píšeme a navštěvujeme se.

paní J. - 36 let, vdaná, 1 dítě. SŠ. Pracující na 6 hod na úřadě, s depresí se léčí **17 let**. Pětkrát hospitalizována. Rozhovor byl realizován 20. 1. 2015 v areálu nemocnice blízko jejího bydliště.

Paní J. jsme poznala před necelými 3 lety v nemocnici v H., při mém celkově 3. pobytu v nemocnici. Byla to milá, hubená, trochu skleslá a smutná mladá paní. Padly jsme si do oka a v rámci možností jsme se bavily. Všimla jsem si, že chodí na elektrošoky, kvůli depresím a bylo mi jí líto. Vím ale, že v některých těžkých stavech DN tato metoda pomáhá. Měly jsme společně také to, že jsme obě vdané, máme 1 dítě a jsme téměř stejného věku. Ačkoli byla dost unavená, byly jsme si blízké. Ona měla tu výhodu, že bydlela kousek od nemocnice. Od doby našeho seznámení si píšeme na Facebooku.

SCHIZOFRENIE

paní M. - paranoidní schizofrenie, 40 let. Léčí se **10 let**. Dlouhou dobu na ID. Rozvedená bezdětná, žije s přítelem, který má stejnou diagnózu. Mnohokrát hospitalizována. Občas pracuje v zaměstnání upraveném pro DN, ale moc ji to tam nebaví. Musela v poslední době omezit počet hodin na tomto místě ze zdravotních důvodů. Rozvedená bezdětná, žije s přítelem (budoucím manželem), který má stejnou diagnózu. Rozhovor byl realizován 27. 4. 2014 v bytě informantky.

Seznámily jsme se poprvé v léčebně v roce 2006, kdy jsem byla hospitalizována poprvé. Ona zde již byla poněkolkáté a byla ostříleným veteránem. Zezačátku jsme si lezly na nervy, protože jsme měly rozdílné návyky a potřeby. Po nějaké době jsme si ale na sebe zvykly, návyky sladily a staly se kamarádkami. Od té doby si pravidelně voláme (zejména já jí) a navštěvuji ji u ní doma. Rozhovor byl realizován 27. 4. 2014 v bytě informantky paní M., kde s ní bydlí pan H.

pan H. - 51 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, léčí se se schizofrenií **22 let**. Rozvedený, 1 dítě. S paní M. žije 3 roky, ale znají se déle. Poznali se v nemocnici. Několikrát hospitalizován. Má vystudovanou VŠ technického zaměření, pracoval v normální práci, po jejím vypuknutí později jen příležitostně na pár hodin. Rozvedený, syna mu manželka moc nechce půjčovat. Je šťastný až s paní M.

Poznali jsme se díky paní M. před mnoha lety. Pan H. o paní M. dlouhé roky usiloval, ale pro ni byl jen přítel. Po rozvodu měla partnery, kteří ji finančně využívali, a ona se o ně starala. S panem H. zakotvila v klidném svazku a „vyhřívá“ se v jeho lásce, kterou jí on dává neustále najevo. Když jsem byla naposledy hospitalizovaná, byli za mnou oba na návštěvě. Navštěvuji je doma. V tomto roce uzavřou sňatek.

Pan P. - 45 let, léčí s paranoidní schizofrenií **15 let**, pracuje v chráněném prostředí pro osoby s DO. Je se svou situací smířený (mimo váhu) a je spokojený. Díky péči rodičů nebyl nikdy hospitalizován. Partnerku nemá, žije s rodiči. Rozhovor byl realizován 28. 11. 2014 v nákupním centru – kavárně. Seznámili jsme se díky rozhovoru, který domluvila jeho matka. Komunikuji a setkávám se s jeho matkou náhodně nebo i na různých akcích.

BIPOLÁRNÍ PORUCHA

paní H. - 36 let, léčí se **12 let**. Má výuční list. Žije se synem sama v bytě. Její další děti, dvojčata, má v soudní péči její bývalý partner. Ona platí výživné. Má přítele, se kterým se občas schází. Má ID, dochází do Organizace - do klubu a má svoji sociální pracovníci. 4x se pokusila o sebevraždu. Již delší dobu je v depresivní fázi. Rozhovor byl realizován 13. 11. 2014 v parku města, kde paní H. bydlí.

Její osud mě velice pohnul, zejména proto, že kvůli nemoci má v soudní péči její dvojčata bývalý přítel a ona odloučením s nimi trpí. Seznámily jsme se v loňském roce díky rozhovoru. Občas jí píšu nebo volám jako projev podpory.

Pan M. - 49 let, léčí se 14 let. Vysokoškolsky vzdělaný, pracuje jako energetický manažer, ženatý. O své nemoci cizím lidem neříká, ale komunikuje s pacienty se stejnou diagnózou. Normálně pracuje. 1 pokus o sebevraždu.

Kontaktovala jsem ho přes internet na www.bap.cz s prosbou o rozhovor. Email s odpověďmi na mnou předem připravené otázky mi přišel 14. 11.2014

Můj manžel - 36 let, zdravý, běžně pracuje, máme sedmiletého syna, letos spolu budeme 10 let. Onemocněla jsem zhruba po 9 měsících naší známosti. Pomáhá mi, jak to jde ve všech oblastech života. Nejvíce mi pomohl on a moje rodina v době ataky nemoci. Rozhovor byl realizován 26. 11. 2014 u nás (tchýně) doma.

Moje sestra – 42 let, zdravá, má běžnou práci. Bydlí nedaleko od nás a dost často se vídáme. Neustále mě všemi prostředky podporuje, zejména když vidíme, že se něco děje. Je pro mě spolu se svými dětmi velkou oporou.

LIDÉ POMÁHAJÍCÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝM

sociální pracovníce paní L. - pracuje s klienty s DN 3,5 roku. 30 let, vdaná, 1 dítě. Nyní je na mateřské dovolené. Známe se 3 roky - rok jsem byla její klientkou. Nás vztah nebyl jen na bázi pracovník - klient, ale staly jsme se přítelkyněmi. Byla jsem jí na svatbě, scházíme se, píšeme si na Facebooku apod. Mám ji moc ráda a velmi si rozumíme. Rozhovor byl realizován 9. 7. 2014 nákupní centrum v místě bydliště.

pan M. - Věk kolem 40 let, léčí se ambulantně mnoho let se schizofrenií. Dlouhou dobu v remisi. Původně právník, nyní peer konzultant v Organizaci pracující s klienty s různými DO. Je také sociální pracovník. Žije s rodiči, partnerku nemá. Pracuje na 6 hodin denně a je spokojený se svou aktuální situací. Tip obrátit se na něj jsem dostala od svého vedoucího práce. Seznámili jsme se osobně přes rozhovor. Pomohl mi sehnat informantku s BAP. Rozhovor byl realizován 7. 11. 2014 v zahrádce restaurace ve městě bydliště.

psychiatr MUDr. X. – věk zhruba 45 let, psychiatrii je věnuje 20 let. Má dlouholetou praxi ve dvou městech. 2 roky mě ambulantně léčil. Rozhovor byl realizován 31. 4. 2014 v ordinaci.

psychiatřička MUDr. H. - pediatrička, psychoterapeutka, dětská psychiatřička. Věk zhruba 40 let, v oboru pracuje 12 let. Byla mojí lékařkou 6 let a našla mi kombinaci léků, které mě stabilizovaly na dlouhou dobu. Rozhovor byl realizován v červenci 2014 v její ordinaci.

Příloha 6.

Fotografie z výstavy *Duševní nemoc v komiksu* ve Výměníku Pardubice 25. 11. 2014. Byly zde vystaveny práce dětí ZŠ Polabiny vytvořené v rámci výtvarné výchovy. Fotografie jsem fotila po akci svým mobilním telefonem. Fotografie používám se souhlasem vyučující.

